Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel 2000-2001

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1500-D, boul. Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal — 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-19479-2
ISSN 0832-6258
© Gouvernement du Québec

Tous droits réservés pour tous pays.

Reproduction par quelque procédé que ce soit et
traduction, même partielles, interdites sans
l'autorisation des Publications du Québec.

Québec, juin 2001

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel d'activité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 2001.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Rémy Trudel

Québec, juin 2001

Monsieur Rémy Trudel
Ministre de la Santé et des
Services sociaux
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel d'activité de notre Ministère pour l'année financière 2000-2001.

Ce rapport décrit les divers secteurs d'activité du Ministère ainsi que les différentes réalisations de chacun de ces secteurs.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

Pierre Gabrièle

102-00180/

TABLE DES MATIÈRES

Première partie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux 11

1. L'organisation du système de santé et de services sociaux 11
2. La prestation des services de santé et des services sociaux 13
2.1 Les établissements 13
2.2 Les organismes communautaires 13
2.3 Les autres partenaires 13
3. Les ressources financières 15
4. Les principales réalisations en 2000-2001 17

Seconde partie
Le bilan administratif 19

1. Le Bureau du sous-ministre 19
1.1 Le Secrétariat général du Ministère 19
1.2 La Direction des affaires juridiques 19
1.3 La Direction des communications 19
1.3.1 La gestion documentaire 21
1.3.1.1 Accès à l'information et protection des renseignements personnels 22
1.4 Le Secrétariat à l'adoption internationale 23
1.5 La Coordination ministérielle en sécurité civile 24
1.6 La vérification interne 24
2. La planification stratégique et l'évaluation 25
2.1 La planification stratégique 25
2.2 La conception des politiques 26
2.3 L'allocation budgétaire et la révision des modes de budgétisation des ressources 26
2.4 La gestion des affaires pharmaceutiques et du médicament 26
2.5 Les indicateurs et les statistiques 27
2.5.1 Suivi de gestion et développement d'indicateurs 27
2.5.2 Systèmes d'information 27
2.5 3 Production et diffusion des statistiques 27
2.6 Les études évaluatives et la recherche 28
2.6.1 Évaluation 29
2.6.2 Recherche 30
3. Le financement, le suivi budgétaire et les technologies de l'information 33
3.1 Les politiques et les systèmes financiers 33
3.1.1 Les orientations et les stratégies de financement 33
3.1.2 Les systèmes des suivis budgétaires et financiers 34
3.1.3 Les normes et les pratiques de gestion 34
3.2 Le Budget 35
3.2.1 Les ressources budgétaires 35
3.2.2 La planification budgétaire 36
3.2.3 Les opérations budgétaires du réseau 36
3.3 Le suivi financier des établissements du réseau 36
3.4 Les technologies de l'information 37
3.4.1 Les ressources informationnelles du réseau sociosanitaire 37
3.4.2 Orientations stratégiques et technologiques en matière de ressources informationnelles : consultation 2000 38
3.4.3 Les ressources informationnelles du Ministère 39
4 La santé publique 41
4.1 Loi sur la santé publique 41
4.2 Préparation du Programme de santé publique 41
4.3 Suivi des ententes de gestion 41
4.4 Promotion de la santé sur la scène fédérale et sur la scène internationale 41
4.5 La promotion de la santé et du bien-être 42
4.5.1 La santé des jeunes en milieu scolaire 42
4.5.2 La santé des communautés et le développement social 42
4.5.3 La santé des personnes âgées 42
4.5.4 La promotion de saine habitudes de vie et le dépistage 42
4.5.4.1 L'alimentation des enfants 42
4.5.4.2 L'alimentation des personnes âgées en perte d'autonomie 43
4.5.4.3 Problématique de l'obésité et de l'obsession de la minceur 43
4.5.4.4 Diabète 43
4.5.4.5 La sécurité alimentaire 43
4.5.4.6 Projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC II) 43
4.5.4.7 La santé buccodentaire 44
4.5.4.8 Le dépistage du cancer du sein 44
4.5.4.9 La lutte contre la sédentarité 44
4.5.4.10 Le Fichier des tumeurs du Québec 44
4.5.4.11 La lutte contre le tabagisme 44
4.5.4.12 Des actions internationales 45
4.5.4.13 Francophonie et travail de rue 45

4. La protection de la santé publique **45**
4.6.1 Santé du travail **45**
4.6.2 Santé environnementale **45**
4.6.3 Maladies infectieuses **47**
4.6.4 Surveillance **47**
4.7.1 Prévention **48**
4.7.2 Soins et services **48**
4.7.3 Activités de soutien **49**
4.7.4 Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) **49**
5 Les services à la population **51**
5.1 Service de l'enfance, de la jeunesse et de la famille **51**
5.2 Le jeu pathologique **54**
5.3 Toxicomanie et itinérance **54**
5.4 Santé mentale **55**
5.5 Personnes âgées **55**
5.6 Service des personnes handicapées **56**
5.6.1 La déficience physique et intellectuelle **56**
5.6.1.1 Portrait en déficience physique **56**
5.6.1.2 Aides techniques **56**
5.6.1.3 Programme québécois pour l'implant cochléaire **56**
5.6.1.4 Allocation directe **56**
5.6.1.5 Trouble envahissant du développement (TED), Autisme **57**
5.7 Activités communautaires **58**
5.8 Secteur Économie sociale **58**
5.9 L'adaptation à l'an 2000 **61**
5.10 Services préhospitaliers d'urgence **61**
5.11 La santé physique **62**
La contention et l'isolement **62**
5.12 Le soutien au réseau **63**
6. Les politiques de main-d'oeuvre **65**
6.1 Le personnel salarié du réseau **65**
6.1.1 La signature des conventions collectives pour l'année 2000-2002 **65**
6.1.2 La sécurité et la stabilité d'emploi **65**
6.1.3 Le dossier du personnel infirmier **66**
6.2 Le personnel d'encadrement du réseau **66**
6.2.1 Modifications aux conditions de travail **66**
6.2.2 La classification **66**
6.3 Le Programme santé et sécurité du travail dans le réseau **66**
6.4 Le personnel professionnel de la santé **67**
6.5 La main-d'œuvre non médicale **69**
6.6 Les orientations relatives aux ressources humaines **70**
7. Les affaires médicales et universitaires **71**
7.1 Le réseau universitaire **71**
7.2 Les services d'urgence **72**
7.2.1 Le Comité de suivi du Premier Forum sur la situation dans les urgences **72**
7.2.2 Le Deuxième Forum sur la situation dans les urgences **72**
7.2.3 Le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) **72**
7.2.4 Le Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU) **73**
7.2.5 La planification des activités destinées à ajuster les ressources à l'occasion de la période de pointe de l'hiver 2000-2001 **73**
7.2.6 Suivi de la situation des urgences de la région de Montréal au cours de l'été 2000 **73**
7.2.7 Les systèmes d'information de gestion des urgences (SIGDU) **73**
7.3 La lutte contre le cancer **74**
7.3.1 La radio-oncologie **74**
7.3.1.1 Planification de la main-d'œuvre médicale en radio-oncologie **75**
7.3.2 Le Secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer **75**
7.4 La cardiologie tertiaire **75**
7.5 La main-d'œuvre médicale **75**
7.5.1 Les inscriptions dans les programmes de formation en médecine **76**
7.5.2 Les plans régionaux d'effectifs médicaux **76**
7.5.3 L'accès aux services médicaux **76**
7.6 Le soutien à l'organisation des services médicaux **77**
7.6.1 Les services de laboratoire **77**
7.6.2 Mise en place de services continus en neurotraumatologie **78**
7.6.2.1 Révision des mécanismes de concertation en traumatologie **78**
7.6.2.2 Registre des traumatismes **78**
7.6.2.3 Programme national de recherche en traumatologie **79**
7.6.3 Les dons d'organes **79**
7.7 La technologie biomédicale **79**
7.8 La télésanté **80**
7.9 Excellence de la main-d'œuvre et des services médicaux **80**
7.9.1 Les accidents dans la prestation des soins de santé **80**
7.9.2 Le système informatisé de gestion de l'accès (SGAS) **80**

7.10 Les soins et les services médicaux de première ligne **81**
8. Les affaires ministérielles et extraministérielles **83**
8.1 Le Secrétariat administratif **83**
8.2 La condition féminine **83**
8.3 La coopération internationale **84**
8.4 Les services au personnel **85**
8.5 Les ressources matérielles **85**
8.6 La gestion des ententes fédérales-provinciales **86**
8.7 Les services en langue anglaise et aux communautés culturelles **86**
8.8 La politique linguistique du Ministère **87**
8.9 Les relations intergouvernementales **87**
8.10 Les relations avec les autochtones **87**
8.11 Modernisation de la gestion publique **88**

ANNEXE I
Les organismes rattachés au ministre de la Santé et des Services sociaux **89**

ANNEXE II
Les lois et règlements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux **95**

ANNEXE III
La gestion ministérielle des ressources humaines **99**

ANNEXE IV
Évolution des montants des subventions de recherche (dollars courants) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1999* **101**

Première partie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1. L'organisation du système de santé et de services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fut créé le 20 juin 1985 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, créé le 22 décembre 1970 avec l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le système de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, pour qu'elles puissent agir dans leur milieu et accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières du Ministère est destiné à :

— assurer la participation des personnes et des groupes qui les composent au choix des orientations de même qu'à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;

— favoriser la participation de tous les intervenants et intervenantes des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un effet sur la santé et le bien-être;

— partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenantes et intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;

— rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes sur les plans physique, psychique et social;

— tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;

— favoriser, en tenant compte des ressources, l'accessibilité à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limites fonctionnelles des personnes;

— favoriser, de la même façon, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux dans la langue des personnes des différentes communautés culturelles du Québec;

— favoriser la prestation efficace et efficiente des services de santé et des services sociaux dans le respect des droits des usagères et des usagers de ces services;

— assurer la participation des ressources humaines des établissements au choix des orientations de ces derniers et à la détermination de leurs priorités;

— promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

La mission du Ministère est axée sur les fonctions centrales et stratégiques du système de santé et de services sociaux. Son rôle porte essentiellement sur la « régulation » du système, sur son orientation générale en matière de politique de santé et de bien-être et sur l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

La mission des régies régionales de la santé et des services sociaux est, quant à elle, d'agir à titre de maître d'œuvre dans la planification, la mise en œuvre, l'organisation et la coordination des programmes et des services, ainsi que dans l'allocation des ressources sur leur territoire.

Quant aux établissements du réseau, leur mission consiste à mettre en place et à offrir des services appropriés aux différents types d'usagères et d'usagers, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi.

La gestion du système de santé et de services sociaux est assurée par le Ministère ainsi que par dix-sept régies régionales et un conseil régional répartis dans dix-sept régions sociosanitaires à travers la province.

Le Ministère comprend sept directions générales, outre la Direction supérieure. Les mandats et les réalisations de chacune de ces directions au cours de l'année 2000-2001 sont décrits dans les pages qui suivent.

Pour cette même année, l'effectif du Ministère totalise 660 personnes. On trouvera à l'annexe III du présent rapport des précisions additionnelles sur la gestion ministérielle des ressources humaines

2. La prestation des services de santé et des services sociaux

2.1 Les établissements

Plus de 482 établissements publics et privés conventionnés offrent des services de santé et des services sociaux au Québec. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que ces services soient accessibles dans les centres suivants :

— les centres locaux de services communautaires (CLSC);

— les centres hospitaliers (CH);

— les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);

— les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

— les centres de réadaptation (CR).

2.2 Les organismes communautaires

Près de 3 000 organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux jouent un rôle de premier plan auprès de nombreux groupes. La gamme de services qu'ils offrent est très variée. Notons, entre autres :

— des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire;

— des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux;

— la sensibilisation et la défense des droits, l'amélioration des conditions de vie ou la promotion de la santé pour la population québécoise;

— des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes.

2.3 Les autres partenaires

Un grand nombre d'associations et de corporations professionnelles, de fédérations médicales et d'autres regroupements font aussi partie de l'environnement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. Les ressources financières

Les dépenses prévues pour l'année 2000-2001 au Ministère ainsi qu'à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), s'élèvent à près de 16 milliards de dollars. Ce montant tient compte, entre autres, d'un investissement supplémentaire de 465 millions de dollars en cours d'exercice, soit 265 millions de dollars pour augmenter les soins et les services offerts à certains types de malades et répondre aux besoins des établissements du réseau, notamment en ce qui a trait aux médicaments et aux fournitures médicales; et 200 millions de dollars pour financer l'augmentation des dépenses à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Ces dépenses sont réparties à l'intérieur des cinq programmes suivants :

Fonctions nationales	205 227 900 $
Fonctions régionales	11 838 317 500 $
Office des personnes handicapées du Québec	59 433 400 $
Régie de l'assurance maladie du Québec	3 889 804 400 $
Total	**15 992 783 200 $**

4. Les principales réalisations en 2000-2001

Les lignes directrices qui guident l'action dans le domaine sociosanitaire sont articulées autour d'une fonction ministérielle de planification stratégique, tant en ce qui a trait aux indicateurs relatifs aux objectifs — dans la continuité de la Politique de la santé et du bien-être — qu'en ce qui concerne la stratégie budgétaire et financière de gestion intégrée en fonction des résultats à atteindre.

Expertise

L'année 2000-2001 a été résolument tournée vers la mise en oeuvre et le suivi des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport de la Commission fournit au Ministère un cadre d'action qui va permettre d'orienter l'organisation et le financement du réseau sociosanitaire pour le futur.

Le Ministère a élaboré et diffusé son Plan stratégique 2001-2004, qui énonce ses objectifs et les engagements qu'il entend communiquer à son réseau au cours des prochaines années, en conformité avec les orientations gouvernementales en matière de gestion par résultats, fixées dans la Loi sur l'administration publique.

Au cours de l'année, l'élaboration et les orientations ministérielles ont été finalisées à l'égard des personnes âgées et diffusées.

Au terme d'une consultation globale sur le Régime général d'assurance médicaments, le Ministère a apporté des modifications en matière de financement et proposé des mesures structurantes destinées à améliorer le fonctionnement et à accroître l'efficacité du Régime.

Le Ministère a également procédé à l'annonce et à la répartition interrégionale de nouveaux crédits de développement de l'ordre de 125 millions de dollars attribués pour améliorer les services à la population, notamment en ce qui a trait à l'alourdissement de certains groupes d'usagères et d'usagers au maintien à domicile, à la déficience physique et intellectuelle et à la santé mentale. Ces sommes serviront également à améliorer les services dans les CLSC et les CHSLD.

Dans le cadre du suivi des ententes de gestion entre les régies régionales et le MSSS, le Ministère a produit, en collaboration avec les régies, les premiers rapports régionaux et le rapport national de suivi de ces ententes portant sur l'année 1999-2000.

En septembre 2000, le MSSS tenait un Forum national sur la santé mentale. Cet événement visait deux objectifs, d'une part, partager une vue d'ensemble de l'implantation du Plan d'action, un certain nombre d'enjeux et les conditions à mettre en place pour poursuivre la transformation. D'autre part, le Forum devait culminer sur l'engagement de l'ensemble des personnes concernées par la transformation des services, pour qu'elles s'associent à un plan de travail conjoint. Aux termes du Forum, 8 millions de dollars récurrents étaient injectés pour supporter l'atteinte des cibles prioritaires dans l'ensemble des régions du Québec.

Deux documents ont été rendus publiques par le MSSS « État d'avancement du Plan d'action de décembre 1998 » et « Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000 ». Ce dernier document présente plus particulièrement le plan de travail que s'est donné le Ministère à court terme, pour accentuer la transformation des services en santé mentale.

Le suivi financier

Pour donner suite à la volonté gouvernementale de maintenir l'équilibre budgétaire des établissements du réseau, le Ministère a parrainé le projet de loi 107, lequel a mené à l'adoption de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, qui est entrée en vigueur le 16 juin 2000.

Afin d'assurer pleinement ses responsabilités sur le plan administratif, le Ministère a mis sur pied la Direction du suivi financier, à qui il a confié le mandat d'assurer le suivi de la situation financière des établissements du réseau en appuyant toute démarche visant à apporter les correctifs nécessaires à son redressement. Cette direction doit aussi mettre en place et gérer un nouveau cadre de gestion des emprunts.

Conscient du fait que le processus actuel de budgétisation ne permet pas de tenir compte des besoins financiers particuliers de chaque établissement, le Ministère a mis en place le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont la présidence a été confiée à M. Denis Bédard.

Comme son nom l'indique, ce comité a été mandaté pour proposer un mode de budgétisation qui

reflète plus correctement la lourdeur des cas et l'intensité des services selon les différentes missions des établissements, tout en favorisant le maintien d'un contrôle adéquat des budgets alloués aux établissements et en tenant compte du rendement relatif de ceux-ci.

Le comité Bédard a présenté, en mars 2001, son rapport provisoire aux autorités du Ministère, et les nouvelles mesures budgétaires proposées pourront être appliquées dès 2001-2002 dans l'attribution des budgets des CHSGS. Le rapport final du comité est attendu au printemps 2001.

Un deuxième mandat a, par ailleurs, été confié à un autre comité également sous la responsabilité de M. Bédard, en ce qui concerne les modes de budgétisation des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des centres locaux de services communautaires (CLSC).

Les orientations en matière d'organisation des services et des ressources

Le 10 mai 2000, la ministre a annoncé des mesures concrètes pour réduire les délais d'attente dans le secteur de la cardiologie tertiaire :

Pour Montréal, des budgets de fonctionnement nécessaires pour réaliser 650 procédures de plus en chirurgie cardiaque et 765 de plus en hémodynamie durant l'année 2000-2001. Les établissements concernés sont : l'Institut de cardiologie de Montréal, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill et l'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis.

Pour Québec, des budgets de fonctionnement nécessaires pour réaliser durant l'année 2000-2001, 100 procédures de plus en chirurgie cardiaque et 500 de plus en hémodynamie. De plus, afin d'être en mesure de répondre de façon permanente aux besoins de la population du Centre et de l'Est du Québec, la ministre a autorisé la construction, à l'Hôpital Laval, de deux salles dont une en hémodynamie et l'autre en chirurgie cardiaque. Lorsqu'elles seront opérationnelles (septembre 2001), celles-ci permettront de faire 1 400 procédures supplémentaires en hémodynamie et 500 interventions chirurgicales additionnelles par année.

De plus, les 12 et 13 octobre 2000, un colloque sur le Réseau québécois de cardiologie tertiaire a été organisé afin de réunir l'ensemble des intervenants concernés par la question.

Le 20 mars 2001, les travaux de construction du Centre mère-enfant du CHUQ au CHUL, débutaient officiellement. Il s'agit d'un projet médical de niveau universitaire qui correspond, pour les secteurs pédiatrique et néonatal, aux services dispensés à la clientèle régionale et suprarégionale de 0-17 ans. Pour le secteur de l'obstétrique-gynécologie, il correspond à la proximité sur le même site des spécialités et surspécialités de l'obstétrique-gynécologie, de la médecine maternelle et fœtale et de la néonatologie; un volume minimal d'accouchements de 3 000 à 3 500 par année y est prévu.

À ce projet d'implantation qui implique une nouvelle construction, se greffent la construction d'un stationnement souterrain entièrement autofinancé et le projet de relocalisation de l'urgence du CHUL. La réalisation de ces trois projets constitue un tout à l'intérieur d'une construction neuve en façade du CHUL. Les coûts de ces travaux seront partagés entre le MSSS, le CHUQ, la Fondation du CHUQ et la Fondation Opération Enfant-Soleil.

Seconde partie
Le bilan administratif

1. Le Bureau du sous-ministre

La Direction supérieure, constituée par le Bureau du sous-ministre, est chargée de la direction et de la coordination de l'ensemble du Ministère. Le sous-ministre et sa Direction supérieure ont pour mandat :

- de voir à l'administration des politiques, lois, règlements et programmes relevant de la juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- d'assurer les liens nécessaires entre le ministre et la ministre déléguée, le Conseil exécutif, le Conseil du trésor et les directions générales pour la préparation, l'exécution et le cheminement des dossiers relevant de la compétence ministérielle;
- de présider le comité de direction et de coprésider les rencontres avec les cabinets ministériels;
- d'assurer les liens nécessaires avec les autres ministères et organismes du gouvernement du Québec et des autres gouvernements (canadien, provinciaux et étrangers) afin d'appuyer la position stratégique du Ministère;
- de vérifier que les stratégies de communication améliorent les liens avec le public et assurent l'accès à l'information dans une dynamique de transparence.

1.1 Le Secrétariat général du Ministère

Le Secrétariat conseille le sous-ministre sur les dossiers en cours et sur le fonctionnement du Ministère. Il assure les liens nécessaires entre le cabinet du ministre et de la ministre déléguée, le Conseil du trésor, le Conseil exécutif et les directions générales dans la préparation et le cheminement des dossiers et documents officiels du Ministère. Il appuie le comité de direction et fournit le soutien nécessaire dans les rencontres entre les ministres et le sous-ministre.

1.2 La Direction des affaires juridiques

La Direction des affaires juridiques relève du ministère de la Justice. Elle a pour mandat de conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière légale.

Conformément à ce mandat, cette direction fournit le soutien juridique nécessaire à la rédaction, à l'interprétation et à l'application des lois et des règlements qui concernent le Ministère. Elle participe, en outre, à l'établissement de politiques ayant des conséquences juridiques et représente le Ministère sur le plan légal dans les comités où la présence de celui-ci est requise, ainsi qu'à l'occasion de missions particulières. La direction rédige les documents de nature juridique et prend en charge les dossiers litigieux qui engagent le Ministère.

1.3 La Direction des communications

La Direction des communications conseille le sous-ministre et les directions générales du Ministère et les assiste dans la planification et la réalisation d'activités de communication publique. Elle planifie et réalise des programmes de communication à l'intention de la population ou des groupes visés par les politiques et par les programmes ministériels en tenant compte des orientations, et ce, en concertation avec les instances régionales en cause. Cette direction est responsable de transmettre aux médias l'information à caractère administratif du Ministère et, à la population, les renseignements généraux. Elle planifie et réalise par ailleurs des projets de communication à l'intention du personnel du Ministère.

La Direction des communications est l'éditeur officiel du Ministère. À ce titre, elle est responsable de la qualité des publications (au-delà de 150 en 2000-2001) destinées à la population ou adressées aux autres destinataires à l'intérieur ou à l'extérieur du Ministère. Elle fournit en conséquence des services spécialisés en matière linguistique (révision, réécriture et traduction), en plus d'offrir des services de conception et de production graphiques et de coordonner la diffusion des publications du Ministère.

La direction offre également des consultations en ce qui a trait à la présentation graphique d'imprimés administratifs, dont certains formulaires nécessaires à la bonne gestion du réseau de la santé et des services sociaux. En plus d'encadrer la diffusion de l'information ministérielle par l'entremise d'Internet et d'assurer la gestion courante du site du

Ministère, la direction assure l'encadrement logistique dans l'organisation et le déroulement des activités de communication ou de relations publiques du Ministère.

Enfin, la Direction des communications mène des campagnes de sensibilisation et de prévention, notamment sur la violence faite aux femmes, la détresse chez les jeunes, le tabac, le sida et l'influenza. Elle évalue également la satisfaction des usagères et des usagers du réseau au moyen de sondages d'opinion.

Le Service des relations publiques

Le Service des relations publiques a pour mandat d'assurer la cohérence du discours public et celle des activités de communication du réseau, de réaliser les activités de communication nécessaires à la mise en œuvre des actions de l'ensemble des directions générales, d'assurer les relations du Ministère avec les médias, d'informer le personnel sur la nature des activités et des priorités du Ministère et de coordonner l'attribution des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Relations de presse

Le Service des relations publiques dispose des compétences d'une personne qui agit à titre d'attachée de presse, afin d'assurer les liens avec les médias écrits et électroniques pour tout ce qui concerne les questions administratives relatives à chacune des directions du Ministère. Au cours de l'exercice financier 2000-2001, le service a traité 1 728 demandes d'information en provenance des médias.

Rédaction de communiqués et d'allocutions

Le Service des relations publiques assume la rédaction et la diffusion des allocutions et des communiqués ministériels. Deux rédacteurs travaillent à plein temps au sein de l'équipe et une professionnelle est actuellement mandatée pour coordonner les événements ministériels nécessitant la rédaction de communiqués et d'allocutions. Une étroite collaboration prévaut entre l'équipe des relations publiques, le personnel du cabinet et le Bureau du sous-ministre afin de mener à bien l'ensemble des activités reliées aux relations publiques.

Liens avec les régies régionales

Des liens formels ont été établis avec les responsables des communications de chacune des régies régionales. Ainsi, une table nationale de coordination a été mise sur pied afin d'arrimer les interventions en matière de communication et de favoriser une lecture commune des événements et de leurs conséquences sur le travail des communicatrices et des communicateurs du secteur de la santé et des services sociaux. Une telle approche, misant sur la cohérence et la convergence des actions dans le domaine de la communication, facilite la gestion médiatique des décisions régionales ou nationales qui sont prises dans le secteur de la santé.

Communication interne

Responsable également de la diffusion de l'information quant aux activités internes du Ministère, le Service des relations publiques produit un bulletin d'information destiné à l'ensemble du personnel, *Le Messager électronique*, diffusé quotidiennement dans l'intranet ministériel; il réalise en outre divers mandats de communication interne.

Conseil et soutien aux directions générales en matière d'édition et de stratégie de communication

Le Service des relations publiques a pour rôle de conseiller et de soutenir les directions générales du Ministère. À cet effet, il prépare des plans de communication et met en œuvre les activités de communication nécessaires à la réalisation des divers dossiers inscrits au plan de travail annuel du Ministère.

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont décernés chaque année aux organismes et aux établissements qui se sont particulièrement distingués par leurs initiatives ou par le caractère exceptionnel de leurs réalisations. Les prix sont remis à l'occasion d'une cérémonie prestigieuse présidée par le ministre. Chacune des personnes honorées (un total de douze) reçoit un prix en argent variant entre 10 000 $ et 25 000 $. Les Prix d'excellence constituent un événement majeur pour l'ensemble du personnel du réseau dans la mesure où ils témoignent de la reconnaissance du ministre de la Santé et des Services sociaux quant à l'excellence du travail accompli dans le domaine.

Le Service des moyens de communication et renseignements aux citoyens

Le Service des moyens de communication et renseignements aux citoyens est chargé principalement de fournir le soutien professionnel et matériel nécessaire aux directions du Ministère en matière d'édition, de graphisme, d'audiovisuel, d'événements (conférences de presse, expositions, colloques), de diffusion, de revue de presse, etc. En plus de s'assurer que les demandes faites au Ministère

par téléphone et par courrier électronique obtiennent des réponses satisfaisantes, le service vérifie la perception qu'ont les citoyennes et les citoyens du Ministère en effectuant des sondages d'opinion. Il propose et réalise également les campagnes de publicité sociétale destinées à promouvoir la santé publique. Enfin, le service s'assure de la visibilité des messages reliés à la commandite tabac et il s'occupe de la gestion et du développement du site Internet du Ministère.

Campagne sur la violence faite aux femmes

Le coup d'envoi de la phase III de la campagne sur la violence faite aux femmes a été donné le 5 février 2001. Une publicité diffusée à la télévision et dans les salles de cinéma ayant comme slogan « La violence, c'est pas toujours frappant mais ça fait toujours mal ! » a été mise en ondes au cours des mois de février et mars 2001. Des cartes d'appels *La Puce* ont été remises aux jeunes adolescentes et adolescents qui se sont présentés aux guichets des cinémas participants, la fin de semaine du 9 mars 2001. Des capsules radio ont été diffusées sur les ondes de stations branchées; ces capsules visaient les jeunes de 13 et 14 ans qu'on invitait, notamment, à visiter un site Internet portant sur la violence : www.violenceparlez-en.org

De plus, en collaboration avec MusiquePlus, une campagne promotionnelle invitait les jeunes à participer à un concours permettant à 50 d'entre eux d'assister, en compagnie d'une personne de leur choix, à l'émission *Vitamine Pop* diffusée le 7 avril 2001.

Campagne de prévention de la détresse chez les jeunes

C'est sous le thème « Parler, c'est grandir ! » que la campagne de prévention de la détresse chez les jeunes a pris officiellement son envol au printemps 2000. D'une durée de trois ans, cette campagne s'adresse aux jeunes de 12 à 15 ans et les rejoint là où ils évoluent, c'est-à-dire dans leur famille, leur milieu scolaire et leur entourage immédiat. Elle tente également de sensibiliser l'ensemble de la population aux différents problèmes que vivent ces jeunes.

Pour ce faire, on a mis en place divers moyens, dont un message destiné aux parents des adolescentes et des adolescents, ayant pour slogan « Soyez avec votre ado »; il a été diffusé au printemps 2000 sur les ondes de plusieurs chaînes de télévision. Un message à l'intention des jeunes a aussi été diffusé sur les écrans de cinéma au cours des mois d'avril, de juillet et d'août 2000, ainsi qu'à l'automne et à l'hiver 2001 sur les ondes du réseau TVA à l'intérieur de la série télévisée *2 Frères*; au cours de laquelle était également présenté le message « Vide ton sac », produit en collaboration avec la Fédération des producteurs de lait du Québec. Benoît Langlais et Karine Vanasse, jeunes comédiens de *2 Frères*, étaient les porte-parole de cette campagne.

Par ailleurs, une tournée devant être effectuée dans une soixantaine d'écoles secondaires du Québec a débuté au printemps 2000; huit régions ont déjà été visitées. Au cours de cette tournée, on a proposé aux jeunes de secondaire I à III une pièce de théâtre et une boîte vidéo autonome, du style « Vox Pop », baptisée du nom de Clip Machine. La pièce de théâtre a permis de sensibiliser ces jeunes à divers problèmes en rapport avec la détresse et de leur présenter des solutions ainsi que les multiples ressources qui sont à leur disposition. Avec la Clip Machine, de nombreux témoignages de jeunes ont été recueillis. Un certain nombre d'entre eux ont été utilisés pour concevoir des messages qui ont été diffusés par la suite sur les ondes régionales de TVA.

Pour compléter le tout, un site Internet (www.detresse.com) a été mis en ligne le 1er février 2001. Ce site, géré par l'organisme Tel-jeunes, fournit une foule de renseignements sur divers sujets qui préoccupent les jeunes. Il leur permet également de communiquer avec des personnes-ressources de cet organisme pour obtenir de l'aide. Pour bien faire connaître ce site, une affiche aux couleurs de la campagne et présentant l'adresse du site Internet a été largement diffusée dans toutes les écoles secondaires du Québec, au cours du mois de février.

1.3.1 La gestion documentaire

La Direction des communications est responsable de la gestion documentaire pour l'ensemble du Ministère. Au cours de l'année 2000-2001, on y a traité 23 678 demandes (volumes, rapports de recherche, périodiques, etc.). Outre le catalogue et la classification de 2 865 documents, 6 565 documents ont été prêtés, tandis que 429 recherches ont été effectuées dans les diverses banques de données bibliographiques. La direction a maintenu sa collaboration intensive auprès du Regroupement des membres du réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec pour la consolidation du réseau et la présence du catalogue collectif *Cubiq* sur Internet.

Conformément à la Loi sur les archives et à la Politique gouvernementale en matière de gestion des documents, la direction a intensifié ses efforts en vue d'implanter les principaux outils documentaires au sein des unités administratives. Elle a éga-

lement donné suite à plusieurs centaines de demandes liées à la gestion des documents actifs, semi-actifs et inactifs, en plus de numériser 382 642 documents.

1.3.1.1 Accès à l'information et protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2000-2001, le Ministère a reçu 109 demandes d'accès à des documents ou à des renseignements personnels formulées en vertu de la Loi sur l'accès à l'information des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

- 54 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la Loi;
- 212 demandes relatives au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès);
- 29 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique;
- 3 demandes en vue de rédiger ou de réviser des déclarations de fichiers de renseignements personnels.

Après l'approbation par le Conseil des ministres du Plan d'action gouvernemental quant à la protection des renseignements personnels, le Ministère a mis en place un comité de protection des renseignements personnels et de la sécurité (CMPRP), au mois de juillet 1999. Ce comité, qui doit obligatoirement être présidé par le sous-ministre, a depuis adopté un plan d'action ministériel qui reprend les principales recommandations formulées dans les rapports de juin et d'octobre 1998 de la Commission d'accès à l'information.

Ainsi, durant l'année 2000-2001, le CMPRP s'est réuni à trois reprises afin de donner suite aux principales mesures prévues dans le plan d'action ministériel. Il a notamment approuvé la Politique sur la protection et la sécurité de l'information numérique et des échanges électroniques ainsi que les directives sur :

- la destruction des documents renfermant des renseignements personnels;
- la protection des renseignements personnels à l'occasion de sondages réalisés par le Ministère ou par l'un ou l'autre de ses mandataires;
- la transmission de renseignements personnels par télécopieur;
- l'utilisation d'Internet et du courriel.

En vertu de son mandat, le CMPRP est chargé de planifier, d'amorcer et de tenir régulièrement des activités de sensibilisation sur tous les volets relatifs à la protection des renseignements personnels. Un plan de communication a donc été adopté, prévoyant des activités pour l'ensemble du personnel, à commencer par les membres du comité de direction du Ministère, qui ont eu droit à une séance de sensibilisation au mois de novembre 2000. Des journées de formation pour les personnes cadres ont aussi été organisées durant cette même période. Enfin, une session de formation a été mise sur pied à l'intention de la Direction des services au personnel ainsi qu'une journée thématique pour tous les gens du Ministère.

Le CMPRP avait prévu deux priorités d'action pour l'année 2000-2001, soit : dresser une liste exhaustive de tous les systèmes d'information du Ministère et mettre à jour les diverses déclarations de fichiers de renseignements personnels; examiner le mode d'attribution des droits d'accès en s'assurant que seules les personnes qualifiées ont accès aux systèmes comprenant de tels renseignements.

Le même objectif est en voie d'être atteint quant au plan d'action pour la mise en œuvre de la Politique sur la protection et la sécurité de l'information numérique et des échanges électroniques. Entre autres activités, il est prévu que l'on procède à l'inventaire global de tous les systèmes d'information (travaux présentement en cours) et, conséquemment que l'on révise les déclarations de fichiers de renseignements personnels faites à la Commission d'accès à l'information du Québec.

Quant à l'examen du mode d'attribution des droits d'accès, il sera effectué à l'intérieur de l'évaluation des fichiers de renseignements personnels. Cette évaluation sera réalisée conformément au modèle proposé dans le *Guide d'évaluation des profils d'accès aux fichiers de renseignements personnels dans les organismes publics*. Un groupe de travail est déjà à l'œuvre pour définir la stratégie qu'adoptera le CMPRP pour appliquer cette méthode sur au moins un fichier informatique au cours de l'année 2001-2002, comme le demande le Conseil exécutif.

L'exercice de renforcement de la protection des renseignements personnels s'accompagnera d'un diagnostic sur la transmission de renseignements personnels effectuée sans le consentement des individus visés par les articles 67 à 70 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Enfin, il faut souligner que le Ministère, compte tenu des avis favorables de la Commission d'accès à l'information du Québec, a conclu des ententes avec la Régie de l'assurance maladie du Québec portant sur la transmission de renseignements nominatifs.

Ces ententes ont notamment pour but de permettre le dépôt à la Régie de renseignements concernant les personnes qui ont reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins entre 1960 et juillet 1990 ainsi que le dépôt de quatre banques nominatives de données sociosanitaires — MED-ÉCHO, Tumeurs, Hygiène mentale et Personnes hospitalisées DRG — et de lui en confier la gestion.

Notons également une nouvelle entente modifiant celle qui avait été conclue antérieurement sur la transmission de renseignements entre la Régie et le Ministère relativement au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, ainsi qu'une entente visant à permettre le dépôt à la Régie de la banque nominative sur les victimes de traumatismes majeurs et de lui en confier la gestion.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2001-2002. Une attention particulière sera portée à l'évaluation des profils d'accès dans au moins un fichier de renseignements personnels, ainsi qu'à la mise à jour de l'inventaire de tous les actifs informationnels.

1.4 Le Secrétariat à l'adoption internationale

Le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) a pour mission :

— de coordonner les activités en matière d'adoption internationale au Québec dans l'intérêt supérieur des enfants et dans le respect de leurs droits fondamentaux;

— d'aider et de conseiller les personnes et les familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié hors du Québec et de s'assurer de la conformité de leur projet d'adoption;

— de recommander au ministre de la Santé et des Services sociaux l'agrément d'organismes s'occupant d'adoption internationale;

— de conseiller et de soutenir les organismes agréés et d'assurer une surveillance de leurs activités dans le cadre prescrit par la loi;

— de veiller à l'application des lois s'appliquant en matière d'adoption et au respect des orientations du Québec et des règles éthiques en matière d'adoption internationale;

— de s'assurer du respect de toutes les exigences relatives à chaque adoption;

— de conseiller les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'adoption internationale;

— d'établir, avec les autorités compétentes des pays étrangers, des relations de travail et des accords en matière d'adoption internationale qui respectent à la fois leurs lois et leur culture.

Pour réaliser son mandat, le SAI évalue les possibilités d'adoption dans les divers pays étrangers et actualise, avec les autorités compétentes de ces pays, les conditions essentielles à l'adoption. Il consulte les lois relatives à l'adoption et établit la procédure à suivre. Si possible, il concrétise ces conditions dans des ententes internationales formelles en collaboration avec les ministères québécois et fédéraux visés et voit à leur maintien.

Au Québec, le SAI préside le Comité interministériel sur l'adoption internationale, auquel participent le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et le ministère de la Justice. Il coordonne également le sous-comité interministériel chargé de veiller à la mise en œuvre de la Convention de La Haye au Québec. De plus, il collabore avec la section internationale de l'adoption du ministère du Développement des ressources humaines du Canada ainsi qu'avec tous les services de Citoyenneté et Immigration Canada.

Au cours de l'année 2000-2001, le SAI a accueilli des délégations étrangères responsables de l'adoption en provenance du Viêt Nam, de Taïwan, de la Corée, du Mexique, du Bélarus et d'Haïti. Il a effectué des missions au Brésil, en Roumanie, à Haïti, en Inde, de même qu'en Géorgie, en Russie et en Arméni ainsi qu'à Taïwan, en Corée et en Thaïlande. Ces rencontres ont permis, notamment, de raffermir les liens avec les autorités et les personnes responsables de l'adoption dans les pays visités, de revoir les procédures d'adoption avec ces derniers, de régler certains problèmes en matière d'adoption internationale et de mieux saisir l'ampleur du travail réalisé par les organismes agréés actifs dans ces pays.

On compte 15 de ces organismes dans 21 pays. Au cours de l'exercice, quelques-uns d'entre eux ont cessé leurs activités dans certains de ces pays, notamment un organisme en Russie.

Depuis quelques années, le nombre d'adoptions internationales au Québec se maintient aux alentours de 900 par année. Au cours de l'année 2000, les données statistiques préliminaires (seule une analyse préliminaire a été réalisée) révèlent que le SAI a émis 697 autorisations de projets d'adoption internationale pour des enfants en provenance d'un seul pays. Les principaux pays d'origine des enfants sont la Chine (247), Haïti (89), la Russie (55), le Viêt Nam (43) et la Corée (41).

Par rapport à l'année 1999, le nombre d'autorisations d'adoption a passablement diminué en Chine; l'une des raisons de cette baisse peut être

attribuée à des délais d'adoption plus longs, la situation pourrait se replacer au cours de la prochaine année. Les adoptions ont également été moins nombreuses dans les pays suivants : la Russie, où la promulgation d'un nouveau décret, à l'été 2000, a eu pour effet de diminuer le nombre et les délais d'adoption; la Roumanie, en raison des élections et du changement de personnel au Comité roumain d'adoption; Taïwan, compte tenu des changements intervenus dans les procédures en matière d'adoption internationale.

1.5 La Coordination ministérielle en sécurité civile

A la suite de la publication du Plan national de sécurité civile, la Coordination ministérielle en sécurité civile (CMSC) a diffusé le document auprès des coordonnatrices et des coordonnateurs régionaux afin qu'ils mettent en marche un processus d'appropriation et d'adaptation régionales avec leurs partenaires.

De plus, de nombreuses activités prévues à l'intérieur de ce plan relativement au domaine socio-sanitaire ont fait l'objet d'analyses et d'actions en vue de les rendre opérationnelles.

La rédaction du *Guide des services de première ligne en cas de sinistre* a donné lieu à un document de travail complet qui sera soumis à la consultation avant d'être diffusé.

En collaboration avec le personnel en santé publique désigné à la CMSC, les travaux de préparation du plan d'intervention en prévision d'une pandémie d'influenza se sont poursuivis.

L'équipe de la CMSC a participé aux travaux de planification visant à mettre en place les modalités de surveillance et d'intervention quant au risque présenté par le virus du Nil occidental.

À l'occasion de la tenue du Sommet des Amériques, la CMSC a été associée de près aux travaux de planification de la Coordination régionale de Québec chargée de l'aspect socio-sanitaire de cet événement. Sur le plan de la sécurité civile, la CMSC a collaboré à la préparation Hémisphère.

1.6 La vérification interne

Cette direction est en phase d'implantation.

2. La planification stratégique et l'évaluation

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation a pour mandat de développer une vision stratégique du système de santé et des services sociaux. À cette fin, elle élabore les politiques concernant les problèmes de santé et de bien-être, les services à la population et l'organisation du réseau de services. De même, elle doit proposer le cadre ministériel d'allocation des ressources.

Elle promeut la gestion par résultats et mesure la performance du réseau sociosanitaire. Elle évalue la pertinence, les résultats et l'effet des politiques. Elle à l'accroissement de l'information nécessaire à l'exercice des fonctions ministérielles. Elle assure le développement de la recherche dans les champs d'intervention du Ministère. Finalement, elle oriente et coordonne !'action gouvernementale en matière de médicaments et d'affaires pharmaceutiques.

Il revient également à la direction :

- de proposer le plan stratégique, et les orientations devant guider l'action du Ministère et du réseau sociosanitaire;
- de dégager des priorités, de proposer des objectifs en matière de santé et de bien-être ainsi que des paramètres généraux d'organisation et de répartition des ressources et formuler des orientations, des politiques et des plans d'action permettant d'atteindre les objectifs retenus;
- de suivre l'évolution des principaux paramètres du système sociosanitaire, de produire et de traiter, aux fins d'analyse comparative, l'information statistique sur la population;
- de concevoir les indicateurs nécessaires au suivi de gestion, à l'analyse de performance et à l'évaluation du degré d'atteinte de résultats;
- de produire des analyses et des outils d'aide à la prise de décision stratégique pour l'ensemble des fonctions de « régulation » du Ministère et évaluer les politiques, les stratégies, les programmes ainsi que la couverture des services;
- de coordonner la gestion des informations corporatives et d'en définir les orientations;
- de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère;
- de veiller à l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation joue également un rôle de soutien auprès des autres directions générales. À cet égard, elle a pour mandat :

- de permettre à l'ensemble des directions du Ministère de connaître et de pouvoir utiliser les instruments courants de planification et d'évaluation de façon à soutenir la prise de décision avec les éléments stratégiques les plus pertinents;
- de documenter les phénomènes et les problèmes auxquels le Québec est susceptible d'être confronté, à moyen et à long terme, en matière de santé et de services sociaux, afin d'adapter les orientations en conséquence;
- de favoriser une compréhension intégrée de l'ensemble des facteurs qui permettent d'assurer et de maintenir la cohérence à l'intérieur du système de santé et de services sociaux;
- de suivre les développements les plus importants sur le plan des connaissances et de l'innovation pour en assurer la diffusion et la mise à profit auprès des autorités en cause;
- d'assurer le suivi et l'évaluation du Régime général de l'assurance médicaments et de voir à la coordination des affaires pharmaceutiques pour l'ensemble du Ministère;
- de voir au développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social, et de contribuer au développement de ces mêmes types d'établissements dans le secteur hospitalier;
- d'assurer le suivi des ententes de gestion entre les régies régionales et le Ministère.

2.1 La planification stratégique

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation est un lieu de développement et d'intégration des grandes orientations du système de santé et de services sociaux. Son objectif est d'alimenter la prise de décision en fonction de l'analyse des différents phénomènes qui ont ou auront des conséquences sur la demande et sur l'offre de services.

Au cours de l'année, le Ministère a préparé et diffusé son *Plan stratégique 2001-2004* qui énonce les objectifs et les engagements qu'il entend communiquer à son réseau au cours des prochaines années, en conformité avec les orientations gouvernementales en matière de gestion par résultats, fixées dans la Loi sur l'administration publique.

La conception du plan stratégique s'est effectuée à l'intérieur d'une période de réflexion importante, alors que la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux procédait à l'évaluation du système sociosanitaire. Le Ministère a pris en compte les conclusions et les recommandations de la Commission dans la préparation de son plan stratégique.

2.2 La conception des politiques

Le renouvellement de la *Politique de la santé et du bien-être* est en cours. La révision des objectifs et des stratégies est prévue pour l'année 2002. Le Ministère participe également à plusieurs groupes interministériels en matière de politique sociale, de planification et de veille stratégique. Notons à ce chapitre, sa contribution à la stratégie de développement social et à la politique jeunesse du gouvernement québécois.

Au cours du dernier exercice financier, le Ministère a terminé les travaux entourant la préparation de son document d'orientations à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce document, qui a été rendu public en mars 2001, trace les grandes lignes de l'organisation future des services destinés à ces personnes. Les lignes directrices permettront au réseau sociosanitaire :

- de mieux répondre aux besoins des personnes aînées en perte d'autonomie, en révisant l'organisation des services qui leur sont offerts et en adaptant les pratiques en cours;
- de disposer d'un cadre de référence permettant d'assurer la cohérence entre les différentes mesures organisationnelles et administratives adoptées dans ce secteur;
- de faire face à l'accroissement de la demande liée à l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées, et de disposer d'une gamme de services flexibles, adaptés à la complexité des besoins.

Enfin, le Ministère a poursuivi les travaux visant à doter le Québec d'une politique de soutien à domicile à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches. À cet effet, un projet de politique sera soumis à une consultation au cours des prochains mois, et la version finale sera diffusée à l'automne 2001.

2.3 L'allocation budgétaire et la révision des modes de budgétisation des ressources

En matière d'allocation des ressources, la direction a effectué une mise à jour des contours financiers des programmes instaurés à l'intention des différentes catégories de bénéficiaires et des paramètres du modèle d'allocation. Le Ministère a ainsi été en mesure de procéder à une répartition interrégionale de budgets additionnels totalisant 125 millions de dollars au cours de l'exercice 2000-2001, soit : 85,8 millions de dollars attribués en avril 2000 pour soutenir notamment le maintien à domicile, la déficience intellectuelle, la santé mentale, et 40 millions de dollars (attribués en décembre 2000) pour des services en CLSC, en CHSLD et en centres de réadaptation.

Par ailleurs, la direction a coordonné et soutenu la réalisation des travaux du comité chargé de mettre en place un nouveau modèle de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) axé sur les cas lourds et le rendement hospitalier. Ce nouveau modèle sera opérationnel à compter d'avril 2001.

Des travaux ont également été amorcés en vue d'appuyer le comité chargé de la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC et des CHSLD. Ces travaux devront déboucher sur une répartition plus équitable des ressources financières, compte tenu des besoins divers des bénéficiaires en cause. À cet effet, le comité étudie la possibilité de mettre en œuvre une méthode de répartition interrégionale de ressources budgétaires relativement aux services offerts par les CLSC et les CHSLD, et d'instaurer une méthode de budgétisation des ressources financières allouées aux CLSC et aux CHSLD; le comité devrait déposer son rapport à l'automne 2001.

2.4 La gestion des affaires pharmaceutiques et du médicament

Pour donner suite aux recommandations issues de la Commission des affaires sociales sur la révision du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) tenue au printemps 2000, la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation a rédigé, au cours de l'année, trois mémoires destinés au Conseil des ministres portant sur des modifications au RGAM et sur la transformation des principales instances reliées au médicament. Elle a aussi préparé et mis en place un comité chargé d'étudier la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments.

De plus, une nouvelle direction, soit la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM), a été créée au sein de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évalua-

tion. Elle a pour mandat d'assurer la coordination et la concertation des interventions du Ministère pour tous les dossiers relatifs aux médicaments.

Au cours de l'année, la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM) a assuré, en collaboration avec d'autres partenaires, la préparation des mémoires et de la loi modifiant le Régime général d'assurance médicaments (RGAM). Elle a également apporté son soutien à l'occasion des négociations avec les pharmaciennes et pharmaciens qui travaillent dans les établissements et ceux qui sont propriétaires, particulièrement au cours de l'enquête sur la planification de la main d'œuvre et au moment de la rédaction du rapport qui a suivi sur la planification de la main d'œuvre. Un Fonds de partenariat avec l'industrie pharmaceutique sur la maladie d'Alzheimer a, en outre, été créé.

Des mesures ont été adoptées pour solutionner divers problèmes reliés aux médicaments. Ainsi deux dépliants d'information ont été rédigés : le premier portait sur les médicaments administrés en CHSGS et sur l'interdiction d'en transférer le coût à l'usagère ou à l'usager, ou encore à un tiers tandis que le deuxième avait trait aux responsabilités des établissements au regard de la chimiothérapie contre le cancer suite à l'entrée en vigueur du Régime d'assurance médicaments.

Enfin, la direction a poursuivi son travail de concertation et de représentation auprès de diverses instances en rapport avec les médicaments tels les groupes de travail fédéral-provincial-territorial, PharmaVision, le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) et le comité MSSS-Assureurs-RAMQ.

2.5 Les indicateurs et les statistiques

2.5.1 Suivi de gestion et développement d'indicateurs

En juin 1999, le Ministère et les régies régionales de la santé ont signé des ententes de gestion. Ces ententes, d'une durée de trois ans, constituent des contrats fixant le rendement souhaité et la responsabilité de chacune des parties qui reconnaissent l'importance de poursuivre des objectifs communs en matière d'organisation de services, d'investissements prioritaires, de gestion des ressources humaines et de retour à l'équilibre budgétaire. Après avoir défini et implanté, en collaboration avec le réseau sociosanitaire, le processus de suivi des ententes de gestion, le Ministère a coordonné, au cours de l'année 2000-2001, la production des rapports régionaux de suivi. Ces rapports, qui seront rendus disponibles en avril 2001, constitueront le point de départ d'une reddition de compte juridique du réseau de la santé et des services sociaux, dans le contexte de la Loi 82 sur la modernisation de la gestion publique.

Par ailleurs, au cours de l'année, le Ministère a poursuivi le développement et la diffusion d'indicateurs permettant de suivre l'évolution des diverses facettes du système sociosanitaire. L'année 2000-2001 a été particulièrement marquée par l'amélioration des indicateurs disponibles pour le secteur jeunesse et la mise à jour du document intitulé *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 1999-2000.* L'équipe du développement d'indicateurs a contribué de près à la préparation de divers documents ministériels, dont certains ont été produits dans la foulée du Sommet du Québec et de la jeunesse, et d'autres ayant trait à la protection de la jeunesse, à la prévention du suicide, à la toxicomanie et à l'itinérance. Des indicateurs d'analyse reliés aux accouchements et aux naissances ont également été rendus disponibles sur le site Internet du Ministère. Enfin, la démarche visant à définir les indicateurs de performance hospitalière s'est poursuivie et a constitué la base du nouveau système de budgétisation du CHSGS implanté dès avril 2001.

2.5.2 Systèmes d'information

Les travaux concernant le pilotage, le déploiement et la consolidation de systèmes d'information se sont poursuivis. Ainsi, le système « Intégration–CLSC » , — qui permet d'intégrer plusieurs systèmes existants dont le SIC plus, Info-santé et Vaxin — a été déployé dans toutes les régions du Québec. Ce système devrait permettre de soutenir les intervenantes et les intervenants dans leur tâche et de fournir des informations comparables aux CLSC, aux régies régionales et au Ministère.

De plus, une nouvelle version du *Cadre normatif du système d'information sur les usagères et les usagers des CLSC, et sur les services offerts par ces derniers* a été publiée et les travaux pour doter les différents partenaires d'une banque provinciale de données sont en voie d'être complétés. En ce qui a trait au secteur hospitalier, d'importants travaux d'analyse ont été effectués en vue d'implanter éventuellement la nouvelle classification internationale des maladies, la CIM-10. Enfin, des travaux d'envergure ont été entrepris pour mettre en place une nouvelle architecture de l'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.

2.5.3 Production et diffusion des statistiques

Des efforts ont été consentis, au cours de l'année, pour mettre à jour et pour améliorer la qualité des renseignements contenus dans certaines

bases de données destinées au monitorage global du système sociosanitaire. Ces travaux ont touché, entre autres, le découpage territorial, les recensements canadiens, le système d'information financière et opérationnelle (SIFO), les données démographiques, les dépenses gouvernementales pour la mission « Santé et Services sociaux », les comparaisons interprovinciales et internationales, les statistiques sur les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire (SERHUM), les statistiques sur l'utilisation des services du réseau (STATEVO), ainsi que les statistiques sur l'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec.

Le Service du développement de l'information a également produit des bulletins d'information permettant de rendre disponibles rapidement certaines informations fréquemment demandées. Il s'agit des bulletins suivants : INFO-M22, sur le découpage territorial; INFO-POP, sur les données de population; INFO-SIFO, sur les dépenses consacrées au système sociosanitaire; INFO-RECENSEMENT, sur les données des recensements canadiens; INFO-SERHUM, sur les informations relatives aux ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire; INFO-STATS, sur certaines statistiques du réseau d'établissements; INFO-BASSINS, sur des statistiques sur les bassins de desserte des soins physiques de courte durée dans les centres hospitaliers; INFO-CONTOUR, sur le contour-financier des programmes clientèles du Ministère; et INFO-MED-ECHO, sur les hospitalisations en soins de courte durée.

Des efforts ont également été déployés pour produire et mettre à jour les informations de nature statique sur les sites Internet et intranet du Ministère. Ces sites présentent de nombreuses données récentes décrivant les principales composantes du système sociosanitaire québécois ainsi que le contenu des bulletins d'information parus récemment. Dans le même esprit de diffusion de données par inforoute, le Ministère a poursuivi sa participation au projet gouvernemental de Banque de données des statistiques officielles sur le Québec (BDSO).

Enfin, différents travaux ont été réalisés pour améliorer et garder à jour l'instrumentation nécessaire à la géomatique socio-économique et pour montrer ses multiples applications dans le domaine sociosanitaire. Dans cet ordre d'idée, le Ministère a publié le document *Cartographie de base des RSS et des CLSC du Québec*, qui sert de référence dans le contexte de divers travaux menés sur le plan national.

2.6 Les études évaluatives et la recherche

Au cours de l'année 2000-2001, plusieurs études et analyses ont contribué à documenter l'état de santé et la connaissance des besoins actuels et futurs de la population québécoise : L'exercice de suivi des dix-neuf indicateurs de la *Politique de la Santé et du bien-être*, les études sur les communautés culturelles, l'étude auprès des adhérents à l'assurance médicaments administrée par la RAMQ, la compilation des données relatives aux avortements et aux grossesses à l'adolescence, la mise au point de l'indice de défavorisation et sa cartographie s'ajoutent également aux outils de planification.

Plusieurs travaux ont été complémentaires à l'élaboration de politiques ou à la prise de décision. Ainsi, les études sur les effets du vieillissement de la population et sur les dépenses publiques ont été mises à profit dans le cadre des travaux du groupe de travail interministériel sur les changements démographiques et le vieillissement de la population.

Dans le cadre du suivi de la Commission Clair, différents travaux ont permis de documenter les principaux thèmes abordés par la Commission et d'analyser la faisabilité des recommandations. Ces travaux ont également contribué à établir la position ministérielle sur le rapport Clair. L'analyse de l'évolution de la pratique des omnipraticiens et le répertoire des cabinets des cliniques médicales d'omnipratique sont aussi deux éléments importants qui permettront d'alimenter les travaux entourant l'implantation des groupes de médecine de famille.

L'évaluation de la prévalence et de la valeur de l'aide reçue par les personnes ayant des problèmes de santé temporaires ou de longue durée, de même que l'évaluation des mesures de tarification et de financement ont alimenté les travaux de révision du Cadre de référence sur les services à domicile. La participation à l'enquête québécoise sur les limitations d'activité, de même que les projections démographiques des besoins quant aux effets du vieillissement de la population, ont permis de mieux définir les orientations sur les services pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Des analyses comparatives portant sur l'organisation des systèmes de santé et sur l'état de santé des populations ont été amorcées ou complétées par exemple, des comparaisons Québec-Ontario sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Une étude sur l'indicateur dépenses de santé / PIB dans un contexte de comparaisons interprovinciales et canadiennes a été complétée. Enfin, l'Observatoire franco-québécois sur la santé et la solidarité a été mis sur pied, en collaboration avec l'Institut national de santé publique et l'Institut de la statistique du Québec. Ce nouvel organisme sera, pour l'unité, un moyen privilégié de participer au transfert des connaissances et au développement de l'innovation au cours des prochaines années.

2.6.1 Évaluation

Le Ministère a poursuivi son programme d'évaluation des effets du virage ambulatoire en santé physique. Au cours de l'année, deux projets ont été menés à terme et sont en voie d'être publiés : *L'évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – Données régionales* et *réduction de la durée de séjour et réadmission hospitalière pour des problèmes cardiovasculaires*. Une étude est également en cours sur l'analyse de l'évolution de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires chez des groupes plus vulnérables de la population.

Par ailleurs, le Ministère a soutenu financièrement et participé de près à l'évaluation qui a été effectuée relativement aux conséquences du virage ambulatoire, au partage des responsabilités entre les secteurs public, privé, communautaire et les familles en ce qui a trait à la prestation des soins.

La participation du Ministère à l'Enquête sociale et de santé 1998 de l'Institut de la statistique du Québec a permis l'ajout de connaissances sur l'utilisation des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux à la population québécoise, notamment pour Info Santé.

Dans le cadre de l'Entente Canada-Québec sur l'Aide à l'employabilité des personnes handicapées, le Ministère a démarré un processus de suivi de résultats et d'évaluation d'efficience et d'efficacité de quatre programmes d'intégration socioprofessionnelle qui font partie du processus d'impupabilité. Ces travaux se poursuivront au cours des trois prochaines années.

À l'occasion de la révision du cadre de référence des services à domicile, le Ministère a mené des travaux sur l'aide et le soutien aux proches des personnes ayant des problèmes de santé chroniques. Ces travaux ont donné lieu à un rapport de consultation qui a été soumis aux divers représentantes et représentants des groupes visés, aux chercheuses et aux chercheurs, ainsi qu'aux personnes qui interviennent en la matière.

À la suite de la publication, en décembre 1999 du rapport final d'évaluation sur les services d'Info Santé, le Ministère a procédé à la diffusion et au transfert des connaissances auprès des milieux intéressés, tant au Québec qu'à l'extérieur. Il a également entrepris ou collaboré à de nouvelles analyses sur l'utilisation du service Info Santé CLSC au sein de la population en général, ainsi que chez les personnes âgées et les communautés culturelles. D'autres travaux ont été réalisés sur la performance d'Info Santé CLSC, à l'intérieur du suivi des ententes de gestion 1999-2002.

Dans le domaine de la santé reproductive, des analyses ont également été effectuées en regard du recours aux contraceptifs oraux et à l'hormonothérapie de substitution chez les Québécoises; les résultats de ces analyses ont été publiés, par la suite, à l'intérieur de l'enquête sur la santé menée par l'Institut de la statistique du Québec en 1998. Le Ministère a aussi entrepris de dresser un portrait des mesures mises en œuvre dans les différentes régions du Québec pour la prévention des grossesses chez les adolescentes.

L'étude sur les relations entre les modes d'organisation et l'accessibilité aux services psychosociaux pour les enfants âgés de 0 à 12 ans, sera déposée au début de l'année 2001. Cette étude s'intéresse plus particulièrement aux enfants de ce groupe d'âge qui, après évaluation, ne sont pas retenus par les centres jeunesse ou qui sont dirigés vers un CLSC.

À la suite d'une recherche portant sur « L'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail du personnel soignant », réalisée par une équipe de chercheuses et de chercheurs externes — faisant état d'un niveau de détresse psychologique important chez le personnel infirmier dans la région de Québec — le Ministère a financé une étude évaluative d'intervention auprès du personnel soignant qui vise à diminuer l'apparition de problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, le Ministère s'est associé avec le ministère de l'Emploi et la Solidarité sociale, le Secrétariat du Sommet de l'économie et l'emploi et le Conseil québécois de la recherche sociale pour mener une recherche concertée visant à évaluer le plan d'action d'économie sociale retenu à l'occasion du Sommet sur l'économie et l'emploi, ainsi que les réalisations qui en découlent.. Cette recherche a pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention psychosociale auprès du personnel soignant des hôpitaux et les CLSC qui vise à modifier certaines contraintes de l'organisation du travail.

Le Ministère a également collaboré à l'étude portant sur la *Convivialité et le cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile* réalisée par une équipe de recherche externe. Cette étude visait à identifier les facteurs organisationnels qui favorisent ou contraignent l'intégration de quatre technologies dans les programmes de maintien à domicile des CLSC, ainsi que les facteurs techniques et humains qui affectent leur usage individuel. Enfin, les travaux avec les régies régionales pour l'évaluation de la Stratégie québécoise d'action face au sui-

cide ont été amorcés, conformément à l'annonce et à l'engagement du ministre.

2.6.2 Recherche

Élaboration d'orientations en recherche

Mise en oeuvre et suivi de la Politique québécoise de la science et de l'innovation

Le Ministère a collaboré au processus de mise en oeuvre et de suivi de la *Politique québécoise de la science et de l'innovation pour le secteur de la santé et des services sociaux.*

Suivi du rapport du Vérificateur général

Le Ministère a également coordonné la mise en oeuvre et le suivi du Plan d'action ministériel faisant suite au rapport du Vérificateur général portant sur la coordination et le financement de la recherche en santé et de la recherche sociale. Ces activités découlent des objectifs, des orientations et des priorités du Ministère et du gouvernement en recherche.

Développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social (établissements autres que les centres hospitaliers)

Dans la foulée du développement du réseau universitaire dans le secteur social, la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation a participé activement aux travaux du comité aviseur présidé par monsieur Clermont Bégin, de la Faculté des Sciences de l'administration de l'Université Laval (Comité Bégin). En mars 2000, la ministre a donné un mandat au comité pour lui recommander des critères de désignation et des modalités d'appel et d'évaluation de candidatures au titre d'institut universitaire en santé mentale.

Soulignons, en septembre 2000, le dépôt d'un rapport d'évaluation sur les résultats obtenus par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec à titre d'institut universitaire. À la suite de la recommandation positive du comité, la ministre confirmait, le 9 novembre 2000, le maintien du statut d'institut universitaire de cet établissement.

En janvier 2001, le comité a déposé au Bureau de la ministre un avis sur les critères de désignation au titre d'institut de centre affilié universitaire pour les centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. Cet avis porte également sur les modalités d'appel et d'évaluation de candidatures de ces établissements à ce titre. Le Ministre de l'Éducation et le Ministre de la Recherche, de la Science et de la Technologie ont été consultés sur les critères de désignation proposés.

En février 2001, le comité déposait également au Bureau de la ministre un avis sur les besoins de soutien financier des établissements (autres que les centres hospitaliers) désignés instituts universitaires ou centres affiliés. Cet avis résulte d'une analyse complexe et inédite des effets d'ordre financier liés à la désignation universitaire des établissements en cause. Le comité a également soumis à la ministre un rapport d'évaluation quant aux résultats atteints par le Centre jeunesse de Québec à titre d'institut universitaire (art. 90 de la LSSSS). À la suite de recommandations positives du comité, la Ministre confirmait, le 7 mars 2001, le maintien du statut universitaire de cet établissement.

En mars 2001, le comité a soumis au nouveau ministre deux rapports d'évaluation concernant les demandes du CLSC Bordeaux-Cartierville et du CLSC des Faubourgs au titre de centre affilié universitaire (art. 91 de la LSSSS).

Entre le 1er avril 2000 et le 31 mars 2001, la direction générale a soumis les projets de contrats d'affiliation suivants pour autorisation du ministre, en vertu de l'article 110 de la LSSSS : le Centre jeunesse de Québec et l'Université Laval (autorisé en mai 2000); le CLSC René-Cassin et l'Université de Montréal (autorisé en octobre 2000); le CLSC René-Cassin et l'Université du Québec à Montréal ainsi que le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge et l'Université McGill. La direction a également soumis un contrat de service entre le CLSC Parc Extension et l'Université McGill, qui a été autorisé par la Ministre en mars 2001.

Enfin, les six établissements universitaires (trois instituts et trois centres affiliés) ont bénéficié, pour l'exercice financier de 2000-2001, d'une allocation financière conjointe MSSS-CQRS dédiée au soutien à l'infrastructure en matière d'enseignement et de recherche.

Développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur hospitalier

Dans le cadre du développement du réseau universitaire dans le secteur hospitalier, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a été désigné, par la Ministre, le 7 décembre 2000, à titre de centre hospitalier universitaire.

À l'intérieur des prestations de services, d'enseignement ou de recherche, plusieurs contrats d'affiliation à intervenir entre des centres hospitaliers et des universités ont été analysés en collaboration

avec la Direction générale des affaires médicales et universitaires et soumis à la ministre. Ces contrats ont été autorisés par la ministre entre le 1er avril 2000 et le 31 mars 2001. Il s'agit des contrats de l'Hôpital Général Juif Sir Mortiner B. Davis et l'Université McGill, de l'Hôpital Laval et l'Université Laval, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Centre hospitalier Angrignon, de l'Institut Philippe Pinel, de l'Hôpital Rivières-des-Prairies, de l'Institut de réadaptation de Montréal et de l'Université de Montréal.

Partenariats et fonds fédéraux

Partenariats

Le Ministère a agi de façon concertée avec les organismes qui, depuis décembre 1998, sont sous la responsabilité du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, soit le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS), qui est devenu l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ARTMIS). Notons également la participation du Ministère au programme « Soutien aux projets structurants » du programme d'investissement de Valorisation-Recherche Québec (VRQ) mis sur pied par le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie. La participation active d'un observateur du Ministère aux conseils d'administration du FRSQ et du CQRS a facilité la concertation des efforts en matière de recherche. Le Ministère a collaboré, en concertation avec les organismes subventionnaires et ses autres partenaires, à la mise en place, à la gestion et au suivi des programmes conjoints suivants :

Programmes conjoints de subventions de recherche

- Programme FRSQ – CQRS – MSSS en santé mentale;
- Programme FRSQ – CQRS – MSSS, en collaboration avec la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS), portant sur la recherche appliquée des services de santé et l'organisation des services sociaux.
- Programmes conjoints FRSQ – CQRS – MSSS de centres de recherche interdisciplinaire en réadaptation et intégration.

Fonds fédéraux

Le Ministère a poursuivi son engagement dans la gestion sectorielle des démarches en rapport avec les fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) relevant de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Notons également la participation du Ministère au dispositif québécois mis en place par le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie dans le cadre du programme des Chaires de recherche du Canada. Enfin, le Ministère a collaboré de près à une étude portant sur l'évaluation des projets québécois subventionnés par le FASS.

Plusieurs projets d'infrastructures de recherche, présentés dans le contexte de la Fondation canadienne pour l'innovation, ont été recommandés par le gouvernement. Il s'agit d'abord des projets du fonds de relève destinés aux jeunes chercheuses et chercheurs. Au total, pour l'année 2000-2001, 17 projets ont été annoncés totalisant la somme de 8 214 037 $ dont 3 268 485 $ constitue la contribution du Ministère.

Les autres projets d'infrastructures de recherche, qui s'inscrivent à même les objectifs de la FCI, sont présentés à l'intérieur du Fonds d'innovation. Cette année, dix-sept projets ont été annoncés totalisant un budget de 147 929 688 $ dont 39 008 761 $ constituent la contribution du Ministère.

Le gouvernement du Québec et le fédéral financent 40 % du coût total de ces projets, tandis que 20 % proviennent du secteur privé, des fondations ou d'autres sources.

Éthique de la recherche

Le Ministère a poursuivi la mise en oeuvre du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*. Le Comité de suivi du plan d'action est formé de partenaires qui identifient les besoins et les solutions, et qui sont également amenés à faire les représentations nécessaires dans leur milieu (MRST, FRSQ, CQRS, Collège des médecins du Québec et de certaines associations d'établissements dont l'AHQ). Le comité a notamment procédé à la mise en place d'un processus de reddition de comptes pour les comités d'éthique de la recherche (CER) désignés pour les fins de l'application des dispositions de l'article 21 du Code civil, concernant l'approbation des projets de recherche auxquels sont associées des personnes mineures ou des personnes majeures inaptes.

Dans ce contexte, la direction a procédé à l'analyse de tous les dossiers des comités d'éthique de la recherche qui avaient été désignés par la Ministre pour une période transitoire en vue de procéder à la désignation de ces comités pour une période de trois ans. Actuellement, il existe 39 comités d'éthique de la recherche désignés. Tous ces comités doivent se

conformer à des conditions d'exercice qui définissent leurs normes de fonctionnement et leur obligation de rendre des comptes. Cette normalisation a des conséquences sur l'ensemble de l'encadrement éthique de la recherche, qu'elle soit faite auprès de personnes mineures ou inaptes, ou de personnes aptes à donner leur consentement.

En vue de donner suite au *Rapport d'enquête concernant les activités des comités d'éthique clinique et des comités d'éthique de la recherche au Québec* publié à l'automne 1999, la direction a préparé un répertoire des comités d'éthique du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui est disponible sur le site Web du Ministère.

Le Ministère assure également une représentation au sein de groupes de travail du FRSQ, du CQRS, du Collège des médecins du Québec afin de mettre en place des outils de suivi éthique continu des activités de recherche.

Gestion du budget de recherche

Les crédits totaux alloués au programme de recherche du Ministère, en 1999-2000, ont été de 5 901 500 $ soit :

- 1 700 000 $ pour les enquêtes de Santé Québec à l'Institut de la statistique du Québec, de qui relève maintenant Santé Québec;
- 1 600 000 $ consacrés à la recherche et au développement dans le Système du sang à la suite de la mise en place de Héma-Québec;
- 955 000 $ pour le développement du réseau d'établissements de centres et d'instituts universitaires, dont une partie a été allouée au soutien à l'enseignement;
- 1 646 500 $ pour le Programme de recherche en planification et évaluation de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation (DGPSE) et répartis selon les thèmes suivants :
  - le développement de la recherche et des connaissances utiles à la prise de décision (37 %);
  - l'amélioration de l'organisation des services de santé et des services sociaux (41 %);
  - le transfert et la mise à profit des connaissances (22 %).

Suivi et évaluation des programmes et les activités de recherche

La banque d'information sur la recherche sociale et en santé (BRSS) – disponible pour consultation sur Internet (http ://www.msss.qc.ca/fr/statisti/-barechso) – a permis de répondre à de multiples demandes d'information et à de nombreuses analyses sectorielles, selon, par exemple, le thème de recherche, les personnes visées , les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE), les subventions par région ou par discipline.

En ce qui a trait au suivi des objectifs et des orientations du Ministère en recherche, le tableau ci-annexé (voir tableau IV) permet de suivre l'évolution des subventions accordées selon les objectifs de la PSBE depuis la mise en vigueur de la PSBE, en 1992, et ce, quel que soit l'organisme ou le programme de subvention (Programme de subvention en santé publique, Conseil québécois de la recherche sociale, Fonds de la recherche en santé du Québec, Programme national de recherche-développement en matière de santé, etc.).

3. Le financement, le suivi budgétaire et les technologies de l'information

La Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information a principalement pour mandat de définir les orientations, les stratégies et les règles de gestion en matière de financement des services sociaux et de santé, de planification budgétaire, de normes comptables et de pratiques de gestion. En vertu de ce mandat, la direction :

- assure le suivi de la situation financière des établissements du réseau et gère les demandes d'autorisation d'emprunts;
- établit le budget de dépenses annuel du Ministère, de la Régie de l'assurance maladie du Québec et de l'Office des personnes handicapées du Québec, et détermine les budgets régionaux;
- prépare et contrôle le budget de fonctionnement du Ministère et offre des services d'expertise et de soutien en matière budgétaire et financière;
- oriente les choix et les actions liés à l'informatisation du réseau sociosanitaire et fournit des services en matière de technologies de l'information au personnel du Ministère.

3.1 Les politiques et les systèmes financiers

3.1.1 Les orientations et les stratégies de financement

À l'occasion du discours sur le budget 2000-2001, le gouvernement a annoncé des réinvestissements de 2,7 milliards de dollars dans le secteur de la santé et des services sociaux. En plus de permettre au réseau de faire face à l'évolution des coûts des programmes et d'améliorer l'accessibilité aux services, ces réinvestissements majeurs visaient à rétablir la santé financière des établissements en difficulté en remboursant, d'une part, leurs déficits accumulés et en redressant, d'autre part, leurs bases budgétaires.

Dans la foulée de cette annonce, le Ministère a élaboré une stratégie globale de réalignement du financement et des dépenses du secteur sociosanitaire, et ce, afin de s'assurer que le réseau maintienne sa santé financière retrouvée et qu'il n'entre pas de nouveau dans le cercle vicieux des déficits. Cette stratégie a donné lieu, entre autres, à l'adoption de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux. Rappelons que cette loi prévoit qu'un établissement public ne devra plus encourir de déficit à la fin d'une année financière et qu'il ne pourra plus contracter d'emprunts pour le paiement de ses dépenses de fonctionnement, sauf avec l'autorisation express du Ministre. Le Ministère a également travaillé à préciser les orientations, la méthodologie et les critères opérationnels devant guider la répartition interrégionale des crédits obtenus à titre de rétablissement des bases budgétaires des établissements en déficit. Les travaux réalisés consistaient essentiellement à procéder à des simulations visant à évaluer les effets des critères et des mesures retenues sur les enveloppes régionales et sur les budgets des établissements, à analyser les manques à pourvoir quantifiés par les régies régionales et à concevoir une stratégie globale de financement et des modalités de répartition.

Le Ministère a, de plus, réalisé des travaux destinés à remettre en perspectives les dépenses du secteur de la santé et de services sociaux du Québec. Essentiellement, ces travaux ont permis de resituer les ressources budgétaires consenties au secteur dans une perspective comparative et de préciser les pressions auxquelles celui-ci sera confronté au cours des prochaines années. Ces travaux ont également permis de dégager les actions structurantes susceptibles d'atténuer la dynamique de croissance des dépenses sociosanitaires, ainsi que leurs conséquences.

Par ailleurs, afin d'alimenter le débat public tenu dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, le Ministère a rédigé un document d'information portant sur le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec. Ce document vise à tracer le bilan des années 1990 et à dégager les perspectives et les enjeux auxquels est confronté le secteur sociosanitaire, particulièrement sur le plan budgétaire et financier. Le Ministère a été également sollicité par la commission durant ses travaux. Il a ainsi collaboré à l'élaboration et à l'analyse des différents scénarios portant sur la croissance des dépenses publiques de santé et de services sociaux, ainsi que sur leurs conséquences budgétaires et financières.

Enfin, dans le cadre des travaux entrepris par le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, (CHSGS) présidé par M. Denis Bédard, le Ministère a été appelé à coordonner un comité aviseur technique. Il a également établi et proposé un cadre méthodologique intégrateur pour la mise en place d'un nouveau mode de budgétisation des CHSGS. Rappelons qu'afin de répondre au mandat dudit comité, ce nouveau mode de budgétisation devrait permettre de tenir compte de l'évolution des besoins de la population, de l'intensité des services et de la lourdeur de la clientèle, et de favoriser le rendement relatif des établissements.

3.1.2 Les systèmes des suivis budgétaires et financiers

Conformément aux orientations ministérielles retenues pour l'exercice 2000-2001, des mesures ont été adoptées afin de soutenir l'action des personnes chargées d'assurer le suivi opérationnel des objectifs budgétaires et financiers prévus au cours de cette période.

Des circulaires adressées aux directrices et aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux ont permis de préciser les données requises périodiquement pour exercer — conformément aux exigences de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux — un meilleur suivi de la situation financière des établissements et notamment des établissements qui sont aux prises avec une situation problématique.

En outre, on a apporté des améliorations au système budgétaire et financier qui sert conjointement aux régies régionales et au Ministère pour l'approbation des budgets des établissements, le versement périodique des subventions, le suivi de la situation financière du réseau et le contrôle des autorisations d'emprunts. Ces améliorations ont consisté à adapter le système à l'évolution des exigences de la Loi 107. Ces ajustements ont touché principalement les modules du suivi financier et de l'émission des autorisations d'emprunts.

Le Ministère, en collaboration avec les régies régionales, a pris les mesures nécessaires pour obtenir plus rapidement les résultats financiers de fin d'année des établissements. Ces données, une fois validées, lui ont permis d'accélérer le remboursement de la dette 1999-2000 des établissements et de diminuer le recours au financement temporaire par voie d'emprunts.

Enfin, le comité tripartite regroupant l'Association des établissements privés conventionnés, le Ministère et les régies régionales, a poursuivi ses activités. Ce comité, qui a pour mandat principal de superviser l'application de l'Entente cadre concernant les modalités de financement des activités des établissements privés conventionnés, s'est réuni à trois reprises au cours de l'année.

Plusieurs sujets d'intérêt commun ont été abordés au cours de ces rencontres. C'est notamment grâce à l'apport de ce comité, que la Loi sur la fiscalité municipale a été amendée, le 20 décembre dernier, de façon à exempter (dans la proportion de 80 %) de la taxe d'affaires et de la surtaxe sur les immeubles non résidentiels, les établissements privés conventionnés et privés autofinancés.

3.1.3 Les normes et les pratiques de gestion

La Loi sur la réforme de la comptabilité gouvernementale a imposé un réaménagement de l'organisation du financement et de la comptabilisation des projets d'immobilisations et d'équipements (mandats régionalisés). Le Ministère a mis à la disposition des établissements et des régies régionales des orientations et des guides en vue d'en arriver à un meilleur appariement entre les actifs et les passifs de ces derniers, conformément à cette réforme comptable.

Afin de donner suite à la décision ministérielle de prendre en charge, pour 2000-2001, les coûts de sécurité et de stabilité d'emploi du personnel des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, dans le but de faciliter leur retour à l'équilibre budgétaire, des critères d'admissibilité et des conditions de financement ont été établis et transmis aux établissements en cause. Des mécanismes ont également été conçus afin de définir et d'évaluer les coûts admissibles à un financement devant faire l'objet d'une réclamation des établissements.

De plus, le Ministère a fourni des repères à l'ensemble des établissements publics de santé et de services sociaux afin de les aider, s'il y a lieu, à bonifier ou à concevoir leur processus de budgétisation. Cette démarche vise à susciter de la part des établissements un questionnement sur leur processus actuel afin, le cas échéant, de le structurer davantage, de le documenter, rigoureux et dynamique tout en leur laissant la marge de manœuvre nécessaire pour qu'il soit adapté à leurs réalités et à leurs besoins. Ce processus a été assorti d'un guide.

On a aussi consolidé des outils d'analyse et de vérification comptable permettant d'évaluer la totalité des coûts des opérations et des immobilisations reliés à la politique de financement des coûts

d'adaptation au passage à l'an 2000. Afin de faciliter l'utilisation de ces outils, des directives ont été émises à travers les membres du réseau relativement aux dépenses admissibles à une réclamation et à la nature des travaux devant être réalisés par les vérificateurs externes du réseau.

Par ailleurs, à la suite de la décision du gouvernement de prendre à sa charge les déficits des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, en 1998-1999 et 1999-2000, le Ministère a établi les mécanismes permettant de déterminer le montant des déficits. En plus de publier, à l'intention des régies régionales, un guide d'analyses des déficits des établissements publics, il a aussi procédé à un examen des analyses effectuées par les régies régionales.

Des mises à jour annuelles ont été également apportées au plan comptable des établissements et des régies régionales, dont celles destinées à refléter l'entrée en vigueur du nouveau cadre de référence relatif aux ressources intermédiaires ainsi qu'à une nouvelle présentation par catégorie de malades du coût des médicaments dans les établissements. Les formulaires des rapports financiers et statistiques devant être complétés par les établissements ont aussi fait l'objet d'une mise à jour.

Par ailleurs, des sessions de perfectionnement, portant sur les exigences liées aux principes de comptabilisation et la présentation de l'information financière dans le secteur de la santé et des services sociaux, ont été offertes à l'ensemble des régies régionales et à plus de 200 vérificatrices et vérificateurs externes d'établissements et de régies régionales.

Enfin, en vertu du pouvoir conféré au Ministre par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, plusieurs vérifications ont été effectuées. Ces vérifications ont permis d'acheminer aux autorités visées les recommandations appropriées pour se conformer à la loi, aux règlements ou aux directives ministérielles en vigueur.

3.2 Le Budget

3.2.1 Les ressources budgétaires

Les dépenses prévues de l'ensemble du secteur sociosanitaire, pour l'année qui se terminait le 31 mars 2001, sont de l'ordre de 15 992 783 200 $. Ces dépenses se subdivisent en cinq programmes distincts se détaillant comme suit :

- Les fonctions nationales (programme 01) 205 227 900 $

  Ce programme vise à procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux; il vise également à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux et à financer les activités nationales;

- Les fonctions régionales (programme 02) 11 838 317 500 $

  Ce programme vise à assurer à la population les services favorisant l'atteinte des objectifs définis par la *Politique de la santé et du bien-être* en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. Ce budget inclut les frais d'administration des régies régionales;

- l'Office des personnes handicapées du Québec (programme 03) 59 433 400 $

  Ce programme vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'Office de traiter les demandes d'aide matérielle et d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions auprès des personnes handicapées. Ce budget inclut les frais d'administration afférents;

- la Régie de l'assurance maladie du Québec (programme 04) 3 889 804 400 $

  Ce programme vise à couvrir le coût des services assurés à l'intérieur des régimes d'assurance maladie, ainsi que les frais afférents.

3.2.2 La planification budgétaire

Dans le cycle budgétaire du gouvernement, le Ministère définit l'enveloppe budgétaire, en vue de la préparation du livre des crédits, et en assure le suivi en cours d'année. Il voit à la préparation des dossiers afférents aux différentes commissions parlementaires, notamment celle sur l'étude des crédits et celle sur les engagements financiers. Il prépare également les normes d'attribution pour approbation par le Conseil du trésor et s'assure du respect de celles-ci. Le Ministère assure, en outre, le suivi des engagements et celui de leur mise en paiement de même que le suivi de l'inscription des opérations pour les besoins de la comptabilité gouvernementale.

3.2.3 Les opérations budgétaires du réseau

Les fonctions liées aux activités opérationnelles-réseau s'inscrivent, pour la plupart, en aval du processus budgétaire du Ministère. Elles ont essentiellement comme objectif de soutenir l'activité ministérielle en matière de budgétisation et d'opération budgétaire et de conseiller adéquatement les régies régionales sur l'application des modalités de

financement et sur le cadre normatif de la programmation budgétaire.

Pour ce faire, le Ministère a principalement axé ses actions sur la validation et la mise à jour des opérations budgétaires en faveur de son réseau. Cela afin de traduire le plus efficacement possible les ajustements de crédits aux enveloppes régionales, permettant ainsi aux régies régionales de produire la budgétisation aux établissements avec plus de promptitude en vertu de l'application de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public (loi 107).

Le Ministère a aussi la responsabilité de déterminer les enveloppes régionales de crédits et d'effectuer un suivi périodique des opérations qui en découlent, d'établir le budget de fonctionnement des régies régionales et de certains établissements desservant les communautés autochtones, tout en s'assurant que ce budget soit respecté par un contrôle approprié et par l'analyse financière de la reddition de compte.

3.3 Le suivi financier des établissements du réseau

Le suivi de la situation financière des établissements du réseau et la gestion du processus d'autorisation d'emprunts ont été réalisés conformément aux termes de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et aux orientations gouvernementales et ministérielles retenues pour l'année financière 2000-2001.

Mené en étroite collaboration avec les régies régionales, un suivi financier soutenu a été exercé tout au long de l'année financière par les personnes chargées d'effectuer un tel suivi à l'aide du système budgétaire et financier régionalisé et d'autres informations colligées à partir des informations fournies, d'une part, par les établissements dans le cadre de l'application de circulaires ministérielles ou, d'autres part, par les régies régionales sur une base ad hoc.

Le Ministère s'est assuré que le déploiement de tous les leviers pouvant favoriser l'équilibre budgétaire des établissements du réseau s'effectue dans le plus grand souci de préserver l'accessibilité des services. Pour ce faire, le Ministère a procédé à l'analyse de la situation par l'application de deux grilles d'évaluation successives ayant donné lieu à de nombreux échanges avec les intervenantes et les intervenants du réseau. À l'issue de cette analyse, des crédits supplémentaires de 265 millions de dollars ont été octroyés au mois de décembre 2000 pour, d'une part, augmenter les soins et les services offerts à certains patientes et patients et, d'autre part, répondre aux besoins qui se manifestent dans les établissements du réseau, notamment en ce qui concerne les médicaments et les fournitures médicales. À la suite de l'allocation de ces crédits supplémentaires aux établissements, leurs conseils d'administration ont été invités à préciser leurs engagements quant à l'atteinte de l'équilibre budgétaire et, le cas échéant, à soumettre un plan de redressement.

Plus de 150 rencontres formelles, auxquelles ont assisté du personnel cadre du Ministère, de certaines régies régionales et d'établissements, se sont tenues à l'occasion de l'opération du suivi financier de l'année 2000-2001. Par ailleurs, trois démarches d'audit distinctes mettant en cause le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé de McGill et le Centre hospitalier universitaire de Québec ont été amorcées au cours de l'année.

Parmi les leviers prévus à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et pour favoriser l'atteinte de l'équilibre, figure l'assujettissement de l'approbation et de la réalisation d'un projet d'immobilisation ou d'achat d'équipements d'un établissement public, à la condition que ce dernier respecte l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses. Les règles d'application émises à cette fin prévoient des exceptions en cas d'urgence ou lorsque l'équipement contribue à l'atteinte de l'équilibre ou encore, lorsqu'il s'avère essentiel.

Par ailleurs, ladite loi prévoit qu'un établissement public ne peut contracter un emprunt pour le paiement de ses dépenses de fonctionnement à moins que le Ministre ne l'y autorise expressément. L'application de cette disposition a permis d'émettre plus de trois cent autorisations d'emprunts temporaires concernant plus de cent établissements différents entre la date d'entrée en vigueur de cette loi, soit le 16 juin 2000, et le 31 mars 2001.

3.4 Les technologies de l'information

3.4.1 Les ressources informationnelles du réseau sociosanitaire

Selon certaines études, on observe que les grandes tendances mondiales en technologies de l'information dans les systèmes de santé visent les résultats suivants :

- une identification unique de l'usagère ou de l'usager;
- un dossier minimal informatisé;
- un réseau informatique national, dédié à la santé, permettant l'interopérabilité avec d'autres réseaux;

- l'utilisation de standards en technologies, en entrepôts de données et en sécurité;
- un système d'information de soins à domicile qui suit l'intervenante ou l'intervenant jusqu'au domicile du malade;
- l'utilisation de cartes à microprocesseur pour accéder à l'information et rendre les échanges sécuritaires.

Les réalisations technologiques du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux s'inscrivent dans ces tendances et, dans certains cas, sa vision devance même celle des autres pays. Le Québec peut ainsi compter sur le Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) pour assurer, notamment, la mise en place de plusieurs projets de télésanté, d'un important portefeuille d'actifs informationnels en commun, de banques de données communes et des travaux dans le domaine de la sécurité.

Le Réseau de télécommunications sociosanitaire

Le réseau de télécommunications (RTSS) dessert la majorité des sites du secteur sociosanitaire. Grâce à ce réseau, plus de 1 435 sites physiques ont la capacité d'échanger du courrier, de partager des applications de portée nationale, régionale ou sectorielle.

Depuis avril 2000, le RTSS est passé en mode exploitation avec la fin de son déploiement massif. Certains sites ont fait l'objet d'un rehaussement de lien en raison de réorganisations ou de la fusion de certains établissements. À l'automne 2000, le Ministère a fourni un soutien particulier aux responsables des territoires Cris pour rendre opérationnels les échanges de courrier électronique Notes. Les liens de communications de ces territoires ont été rehaussés pour déployer des services de télésanté.

Le Ministère a également mis en place l'infrastructure d'une zone démilitarisée (DMZ) qui permet de rendre accessibles à distance le courrier électronique, la télégestion des infrastructures de réseaux, des services de téléradiologie et de télésurveillance clinique. La DMZ permet également d'offrir un service d'hébergement de sites Internet aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Une passerelle de comunication entre le RTSS et la CSST a vu le jour à l'été 2000. Près de 300 établissements transigent avec la CSST par l'intermédiaire de ce lien de communication.

Au cours de l'année, un Bureau d'accueil a été mis en place. Il a pour principal mandat d'homologuer ou de certifier, au nom du Ministère, les applications d'intérêts communs qui sont ou qui seront déployées dans le RTSS en conformité avec les normes de sécurité établies et les conditions d'intégration souhaitées. Pour ce faire, le Bureau fournit un accompagnement aux détenteurs d'applications qui désirent entreprendre une démarche de certification. Le Centre de certification, entité indépendante du Ministère, a pour rôle de réaliser les activités d'essais qui amèneront l'homologation ou la certification des applications.

Les principales réalisations 2000-2001 ont consisté à mettre en place le Centre de certification avec le Centre de recherche informatique de Montréal (CRIM) qui permet de tester les applications informatiques dans un environnement technologique reproduisant les différents services du RTSS. On a également démarré le processus de certification de quelques systèmes d'information — tant sur les plans médico-administratif et administratif qu'en télésanté — qui proviennent autant du secteur privé que du réseau de la santé (ex : Système clientèle Jeunesse). La prochaine année sera consacrée à mener à terme les certifications en cours, à en réaliser de nouvelles selon les besoins et les demandes et à promouvoir la valeur ajoutée d'une telle démarche auprès des personnes qui détiennent des applications informatiques.

Télésanté

En télésanté, le RTSS permet de satisfaire les besoins spécialisés en cardiologie, en orthophonie, en psychiatrie, en radiologie, en orthopédie, en dermatologie, en télépathologie en oncologie et en formation médicale continue.

Actuellement, 36 établissements sont en réseau en cardiologie pédiatrique. Les Îles-de-la-Madeleine mettent également au point un réseau pour les médecins de l'hôpital de l'Archipel qui consultent des collègues de différents établissements. Ainsi, la dermatologie se fait avec l'hôpital de Gaspé, la cardiologie avec l'hôpital de Rimouski, la cardiologie pédiatrique avec le CHUQ et l'orthophonie avec Ste-Justine. D'autres projets sont en cours de planification, notamment dans le nord du Québec, à la Baie James et dans le territoire Cri, dans le centre du Québec (en Mauricie) et en Chaudière-Appalaches.

En mars 2001, le gouvernement a autorisé le financement du projet de vitrine technologique Réseau Mère-Enfant de l'Hôpital Sainte-Justine.

Ce projet permettra d'expérimenter le dossier patient en télésanté avec archivage multimédia, l'index patient et le dossier patient partageable à l'intérieur d'une vitrine technologique.

Actifs informationnels en commun

Les actifs informationnels en commun constituent aussi des réalisations concrètes qui permettent de soutenir les services aux usagères et aux usagers et l'échange d'information entre les établissements, grâce à la normalisation de l'information. Ils sont appelés « actifs informationnels en commun » parce qu'ils appartiennent à l'ensemble du réseau, par l'entremise des régies régionales qui en détiennent les droits de propriété au nom du réseau. En voici quelques exemples : Gestlab pour les laboratoires et pour le dépistage du cancer du sein; Info-Santé en CLSC, SIGP pour la gestion des plaintes, etc.

Banques de données communes

Les banques communes constituent une mine d'informations pour les établissements, les régies régionales et les directions du Ministère qui sont concernées par l'organisation des services offerts à la population. Ces banques sont également utiles pour la santé publique, la recherche et l'enseignement. Chaque fois qu'un système d'intérêt commun est déployé dans le réseau, une banque de données est créée pour alimenter les infocentres dans les régies régionales, au Ministère et à la RAMQ.

Actuellement, les banques de données en chantier sont celles d'Intégration CLSC, de Vaccination, de Cancer du sein. La RAMQ assumera le développement, la gestion et l'accès aux banques, de même qu'à celles que le Ministère lui a transférées, en 1999, à l'intérieur d'ententes administratives.

Sécurité

En matière de sécurité, le cadre de gestion global de la sécurité des actifs informationnels du réseau de la santé et des services sociaux — précisant les mesures devant être considérées par les organisations dans la sécurité de leurs actifs informationnels — est en voie de réalisation.

Au cours de l'été 2000, le Ministère a mandaté une firme spécialisée pour procéder à une audit de sécurité de l'ensemble des technocentres régionaux (TCR), du Technocentre national ainsi que du Technocentre ministériel. Une deuxième phase de travaux visent à améliorer et à mieux connaître l'état de la sécurité dans le RTSS.

3.4.2 Orientations stratégiques et technologiques en matière de ressources informationnelles : consultation 2000

En mars 2000, le Ministère lançait un vaste processus de consultation, auprès des différents partenaires du réseau et du secteur privé, afin de mettre à jour les orientations stratégiques et technologiques en matière de ressources informationnelles du réseau.

Ce processus a permis de recevoir 24 mémoires en provenance du réseau, d'associations d'établissements, de corporations professionnelles, d'une université et de fournisseurs en technologies de l'information. Le résultat de cette consultation a été présenté en termes d'orientations préliminaires à l'occasion d'un colloque, en juin 2000. Ce faisant, le Ministère poursuivait les objectifs suivants :

- présenter les faits saillants de la consultation réalisée au cours des mois de mars et d'avril, et partager avec les participantes et les participants les différents constats qui se dégagent de la consultation;
- recevoir les réactions sur les orientations ministérielles préliminaires au regard des différents thèmes étudiés et présenter les suites du colloque en termes d'actions et d'échéancier.

Ce colloque a attiré plus de 350 personnes; la proportion des gestionnaires représentés était de l'ordre de 60 % et celle des technologues de 40 %. Les commentaires émis au cours des présentations ont permis notamment de préciser les attentes du réseau quant aux orientations ministérielles.

De plus, la Direction des technologies de l'information du Ministère a présenté, à la commission Clair, le 7 septembre 2000, l'état de situation des ressources informationnelles du réseau sociosanitaire.

3.4.3 Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au développement et à l'entretien du parc technologique et des systèmes ministériels, l'année 2000-2001 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- le déménagement du Technocentre ministériel et le regroupement des salles de serveurs et de l'atelier au 1075 chemin Ste-Foy afin d'augmenter le niveau de sécurité des installations ministérielles et d'offrir une flexibilité accrue dans l'utilisation des espaces disponibles et pour faire face aux futures expansions;
- la migration à la dernière version du système d'exploitation de Novell de plus de 40 serveurs ainsi que la reconfiguration et l'optimisation de la structure de répertoires du réseau ministériel en vue de l'ajout de nouveaux produits et services devant s'y greffer;

- le rehaussement de la vitesse du réseau dans les édifices, le rehaussement du lien de communication avec les services gouvernementaux ainsi que l'acquisition et le rehaussement d'une douzaine de serveurs pour permettre de mieux répondre à la demande croissante des utilisatrices et des utilisateurs du Ministère;
- la maintenance et l'entretien du parc technologique (environ 1 250 postes de travail, une centaine de serveurs et 3 mini-ordinateurs composant le réseau étendu ministériel), ainsi que de divers liens de communication reliant les différents sites ministériels au RTSS et aux Services gouvernementaux (directions générales des services informatiques du gouvernement et des télécommunications);
- le remplacement de 200 micro-ordinateurs désuets, soit environ 20 % du parc ministériel, effectué à l'intérieur de l'opération de rehaussement de micro-ordinateurs de type Pentium 100 pour des Pentium III, ainsi que les travaux rendus nécessaires par le déplacement de plus de 300 postes informatiques à l'occasion des réaménagements;
- le traitement de 11 075 demandes de dépannage, l'opération du laboratoire de services spécialisés et la gestion de réservations d'équipements de présentation et leur installation, ainsi que la veille technologique et la recherche de produits pour favoriser une utilisation optimale des actifs informationnels disponibles et faciliter le travail des utilisatrices et des utilisateurs;
- la coordination de l'intranet ministériel et de son évolution, la préparation, le test et la diffusion de procédures (communiqués clientèle) concernant principalement la sécurité, les nouvelles versions de logiciels et les fonctionnalités de Lotus Notes;
- la diffusion mensuelle dans l'intranet ministériel de graphiques présentant des statistiques d'opération du Service Clientèle, ainsi que le sondage satisfaction clientèle auprès de 584 personnes ayant fait affaires avec le Service Clientèle entre le 1er décembre 2000 et le 29 janvier 2001, avec diffusion des résultats dans l'intranet ministériel;
- le transfert de l'hébergement de 12 banques de données à la RAMQ : MED-ECHO, Clientèle des salles d'urgence, Performance hospitalière, Déclaration des cas de tumeur et Rapports financiers des établissements, Rapport statistique des centres de réadaptation, Clientèle des centres jeunesse, Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs, Données des recensements canadiens, Rapport statistique des CH-CHSLD, Rapport statistique des centres jeunesse et Hygiène mentale. La propriété et l'entretien des banques demeurent cependant à la charge du Ministère;
- le développement d'applications de suivi de l'alimentation des banques « MED-ECHO » et « Salles d'urgence » qui sont actuellement en déploiement. Des applications analogues pour les autres banques sociosanitaires dont le service a la charge seront également développées et déployées. Toutes ces applications assurent une transmission sécuritaire et seront disponibles aux fournisseurs de données du réseau qui disposent sur leur site la technologie Lotus Notes par l'intermédiaire du RTSS;
- la poursuite du développement des systèmes dont intranet et l'Internet ministériel, l'acquisition de nouveaux systèmes permettant de développer des nouvelles banques de données destinées à soutenir la mission et les opérations du Ministère;
- la gestion, l'exploitation, la diffusion, l'entretien, l'amélioration ou la correction des dysfonctionnements des systèmes existants et des banques de données disponibles;
- la poursuite des activités de diffusion des données.

4. La santé publique

La Direction générale de la santé publique a pour mandat de concevoir et de mettre à jour les orientations du Ministère en matière de santé publique en vue de l'amélioration, de la protection et de la promotion de la santé et du bien-être de la population. En vertu de ce mandat, il lui revient d'adopter les mesures nécessaires à la protection de la santé publique et d'assurer la conception, la coordination et l'évaluation des priorités et du programme de santé publique en concertation avec les partenaires du Ministère. La direction est également responsable de l'orientation et de l'organisation du Système du sang au Québec.

4.1 Loi sur la santé publique

En mai 1999, la ministre a confié au sous-ministre adjoint de la Santé publique le mandat de préparer une loi sur la santé publique destinée à remplacer l'actuelle Loi sur la protection de la santé publique. Le groupe de travail constitué à cet effet, en mai 1999, a produit un document qui a fait l'objet d'une consultation préliminaire à l'automne 2000. Les résultats de cette consultation auprès des responsables de la santé publique, des ministères et des organismes intéressés par les mesures proposées ont mené à la préparation d'un projet de loi qui permettra aux instances ministérielles de préciser davantage les actions devant être intensifiées pour atteindre les résultats fixés. La démarche évaluative associée à l'implantation des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* constitue une première en la matière et ouvre la voie à d'autres travaux de ce type.

4.2 Préparation du Programme de santé publique

La Direction générale de la santé publique a poursuivi cette année un autre projet majeur, à savoir la préparation du programme national de santé publique, qui s'inscrit en continuité avec le précédent, connu sous le nom de *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Le nouveau programme vise à circonscrire le champ d'activité de la santé publique à partir des fonctions essentielles relatives à la santé publique (surveillance, promotion, prévention et protection) et à préciser les cibles d'action devant être privilégiées au cours des prochaines années. Après avoir tracé les contours du programme, un comité (réunissant des personnes travaillant dans le domaine de la santé publique sur les plans local, régional et national) a mis en place neuf groupes de travail chargés de concevoir les contenus du programme national. Ces groupes de travail doivent se pencher sur sept principaux domaines d'intervention en santé publique, en plus de surveiller et d'évaluer le contenu du programme qui devrait être rendu public au printemps 2002.

4.3 Suivi des ententes de gestion

Les ententes de gestion entre le Ministère et les régies régionales prévoient la mise en place d'un mécanisme de suivi destiné à rendre compte des résultats obtenus. Le suivi des ententes au regard de la santé publique sont de trois ordres : le suivi des investissements dans le domaine de la promotion et de la prévention, l'évaluation des résultats obtenus dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* et l'évaluation des efforts déployés en 2000-2001 par les régies régionales à l'intérieur de ces priorités nationales.

Trois indicateurs sont utilisés pour évaluer les investissements en promotion et prévention :

- la proportion provinciale des coûts directs nets en promotion et prévention sur le total des coûts directs nets en santé et services sociaux;
- la variation régionale et nationale annuelle des heures travaillées en promotion et prévention;
- la variation régionale et nationale annuelle des coûts directs nets en promotion et prévention.

L'évaluation des priorités nationales de santé publique est réalisée annuellement de façon exhaustive. En vue d'effectuer le suivi des ententes de gestion, la direction s'est surtout attardée à produire une synthèse exécutive de cette évaluation annuelle et à demander aux régies régionales de commenter leurs résultats.

4.4 Promotion de la santé sur la scène fédérale et sur la scène internationale

Sur la scène internationale, le Ministère appuie financièrement le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), un regroupement à but non lucratif de 38 pays francophones. Il agit également comme correspondant de la section Québec.

Par ailleurs, le Ministère est devenu membre national de l'Union internationale en promotion et éducation pour la santé (UIPES). À ce titre, il a obtenu le droit de siéger et de voter à l'intérieur de cet organisme fort prestigieux où l'on retrouve des

personnalités québécoises associées au domaine de la santé et reconnues pour leurs compétences internationales.

4.5 La promotion de la santé et du bien-être

La Direction générale de la santé publique a participé, en outre, aux travaux ministériels visant à dresser un bilan et à préparer des stratégies gouvernementales en matière de développement social. Enfin, conjointement avec Santé Canada, elle a administré le concours « Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et les régions éloignées »; dix-neuf projets répondant aux critères de ce programme fédéral ont été sélectionnés au Québec.

4.5.1 La santé des jeunes en milieu scolaire

En ce qui a trait aux jeunes en milieu scolaire, la Direction générale des services à la population et la Direction de la promotion de la santé et du bien-être se sont jointes à la Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires du ministère de l'Éducation afin de réviser l'ensemble des ententes de complémentarité des services entre les deux réseaux, et ce, dans le contexte de la réforme scolaire. Parallèlement à cette démarche, une collaboration fructueuse s'est maintenue entre les deux ministères ainsi qu'avec leurs réseaux respectifs. Ainsi, l'implantation et la consolidation d'initiatives de type « Écoles en santé », soutenues financièrement par le Ministère, ont été profitables à plusieurs régions. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation du Québec collaborent conjointement avec la France afin de concevoir un produit de coopération internationale relativement à la santé des jeunes en milieu scolaire, notamment, à propos du partenariat école-communauté.

4.5.2 La santé des communautés et le développement social

Par ailleurs, la Direction générale de la santé publique a mis en place des mesures afin de concrétiser le développement social et le développement des communautés, cela en partenariat avec la Table de concertation nationale en promotion et en prévention, ainsi qu'avec les répondantes et les répondants régionaux et l'Institut national de santé publique (INSPQ). On a donc commencé à dresser la liste des interventions devant être réalisées en région et à préparer un cadre de référence permettant de faciliter la compréhension des concepts et de leur application dans les régions et les communautés locales.

Le soutien au développement de communautés en santé constitue un secteur d'intervention qui progresse de façon continue, particulièrement grâce au dynamisme du réseau québécois de Villes et villages en santé du Québec (VVS), appuyé financièrement par le Ministère. Depuis 1999, VVS est intégré à l'INSPQ. Le Ministère soutient également différentes initiatives régionales visant à améliorer les conditions de vie des citoyennes et des citoyens. Pour ce faire, il mise sur la concertation intersectorielle, sur l'animation des milieux pour renforcer les capacités des individus et des communautés et sur le développement accru des réseaux de solidarité sociale.

Par ailleurs, la direction poursuit ses travaux relatifs au développement d'un partenariat intersectoriel avec, notamment, les ministères de l'Éducation et de la Solidarité sociale.

4.5.3 La santé des personnes âgées

La Direction générale de la santé publique soutient différentes initiatives reliées à la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées; à cet effet, elle contribue à un projet de recherche et d'intervention qui vise à faire en sorte que les nombreux aînés autonomes ou en perte d'autonomie qui éprouvent de graves difficultés en lecture et en écriture ne voient pas leur santé compromise en raison de ces difficultés. Les intervenantes et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, et éventuellement ceux du milieu communautaire, auront accès à une formation bien adaptée à ce segment de la population. Différents aspects de l'hygiène personnelle, du sommeil et de l'activité physique sont actuellement explorés dans un projet de recherche-action.

4.5.4 La promotion de saine habitudes de vie et le dépistage

4.5.4.1 L'alimentation des enfants

Le Service de la promotion de saine habitudes de vie et le dépistage a participé à un sous-groupe de travail dont le mandat est d'élaborer une stratégie annuelle d'intervention au regard de la problématique des allergies alimentaires dans les écoles et les centres de la petite enfance. Il est formé de membres représentant le ministère de l'Éducation, le ministère de la Famille et de l'Enfance, l'Association québécoise des allergies alimentaires, l'Association des CLSC et des CHSLD, la Fédération des comités de parents de la province de Québec et la Fédération québécoise des directrices et directeurs d'établissements d'enseignement.

Au cours de la dernière année, le groupe de travail a réalisé et diffusé son bulletin d'information spécial, « *Les Mets Sages* », sur la prévention des allergies alimentaires à l'école et en service de garde. Il a produit et diffusé un outil de sensibilisation et de prévention, soit une vidéocassette intitulée *Pas de risque à prendre* pour les enfants âgés de 4 à 7 ans. En collaboration avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, et l'Association des allergologues et immunologues du Québec, le sous-groupe de travail a organisé un colloque de formation continue d'une durée d'une journée, à Laval et à Québec, à l'intention des intervenantes et des intervenants, ainsi que des professionnelles et des professionnels du domaine de la santé. Plus de 500 personnes ont assisté à cette formation.

4.5.4.2 L'alimentation des personnes âgées en perte d'autonomie

En réponse aux demandes répétées de plusieurs organismes, dont l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, le Service de la promotion de saines habitudes de vie et du dépistage a été sollicité pour réaliser, conjointement avec le Service des personnes âgées, un plan d'action visant à contrer la malnutrition chez les personnes âgées, notamment chez celles hébergées en CHSLD.

Divers travaux de recherche ont été menés afin de produire une revue de la littérature afin de cerner la situation et de donner un aperçu des mesures à prendre afin de contrer ce problème. La diffusion de ces travaux est prévue pour 2001.

4.5.4.3 Problématique de l'obésité et de l'obsession de la minceur

Le Collectif action alternative en obésité (CAAO) a publié, conjointement avec le Ministère, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), un document intitulé *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids, éléments d'une problématique et réflexions pour l'action.* Le lancement a eu lieu à l'occasion des Journées annuelles de santé publique, à l'automne dernier.

Le Ministère collabore au Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) mis en place et coordonné par l'ASPQ. Ce groupe a pour mandat d'établir une vision commune quant à la problématique du poids et des action proposées pour favoriser le maintien d'un poids santé, de saines habitudes de vie et d'une bonne image de soi dans la population du Québec.

4.5.4.4 Diabète

Au cours du dernier exercice financier, le Ministère a aussi pris part aux divers travaux menés par Santé Canada en rapport avec la définition de la Stratégie canadienne sur le diabète.

Dans cette optique, la Direction générale de la santé publique et l'Association diabète Québec ont organisé conjointement, en avril 2000, un Forum québécois du diabète qui regroupait des participantes et des participants de tous les secteurs touchés par la problématique du diabète et dont le but était d'alimenter les éléments d'une stratégie québécoise en matière de diabète. Les résultats du forum, combinés à ceux de l'analyse environnementale effectuée en rapport avec la Stratégie canadienne sur le diabète, permettront de mieux orienter les actions en la matière.

Diabète chez les Cris

La direction travaille en concertation avec le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Baie James à la préparation d'un plan d'action visant à prévenir le diabète et ses complications chez les Cris. Un groupe de travail composé d'experts tant autochtones que non autochtones a été constitué à cet effet.

4.5.4.5 La sécurité alimentaire

Il y a sécurité alimentaire lorsque toute une population a accès, en tout temps et en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à coût raisonnable et acceptable au point de vue social et culturel; et lorsque les individus ont un pouvoir d'achat adéquat et qu'ils ont accès à une information simple et fiable qui permet de faire des choix alimentaires éclairés.

4.5.4.6 Projet québécois de dissémination en santé du cœur

Le Ministère poursuit son association avec l'Initiative fédérale-provinciale en santé cardiovasculaire, c'est-à-dire le Projet québécois de dissémination en santé du cœur, communément appelé *Au cœur de la vie*. Ce programme représente une occasion de mobiliser les personnes qui interviennent en première ligne afin d'améliorer la santé cardiovasculaire de la population. Le partenariat entre les CLSC et les directions de la santé publique constitue une approche privilégiée pour l'atteinte d'objectifs dans le domaine de la santé publique. On considère que ce projet est d'une importance capitale, car il permettra de fournir des informations précieuses quant aux méthodes d'action les plus

efficaces pour l'implantation des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé publique.

4.5.4.7 La santé buccodentaire

En santé dentaire, le Ministère a pour objectif de réduire le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et d'abaisser le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans. À cette fin, la Direction générale de la santé publique a assuré, l'année dernière, la coordination nationale du Programme public de services dentaires préventifs destiné aux enfants qui présentent des risques élevés de carie dentaire, de même que la coordination du programme de fluoruration de l'eau de consommation.

4.5.4.8 Le dépistage du cancer du sein

Les travaux visant à assurer la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein se poursuivent, notamment par la mise à jour des manuels en ce domaine et par l'ajustement de méthodes utilisées. Une refonte du Système International (SI) a aussi été annoncée afin de mieux soutenir les activités du programme. Finalement, on a effectué un sondage téléphonique auprès de la population en cause afin de revoir les stratégies de communication pour le programme.

4.5.4.9 La lutte contre la sédentarité

Kino-Québec est un programme géré conjointement par le Secrétariat au loisir et au sport et par la Direction générale de la santé publique du Ministère. Sa mission consiste à promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise.

L'augmentation de la pratique de l'activité physique est reconnue comme un élément pouvant prévenir plusieurs problèmes de santé, tels les maux de dos, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et les rhumatismes, ou comme un moyen permettant de réduire les troubles de comportement chez les enfants, ainsi que chez les adolescentes et les adolescents, et qui favorise également l'intégration sociale des personnes âgées.

La convention qui lie ces trois partenaires est basée sur le Plan d'activités. La direction participe financièrement à la réalisation de ces activités et elle est membre des deux comités qui en coordonnent l'ensemble. Au cours de l'année 1999-2000, le Plan d'activités s'est caractérisé notamment par la consolidation des structures régionales, la consolidation du partenariat en milieu de travail, la production et la réalisation de la campagne de communication « Ma façon d'être actif », destinée aux jeunes des écoles secondaires, la rédaction d'un deuxième avis portant, entre autres, sur les jeunes et l'activité physique, la poursuite des travaux sur trois grandes enquêtes provinciales, etc.

4.5.4.10 Le Fichier des tumeurs du Québec

La base de données informatisées du fichier des tumeurs du Québec sur les cas recensés de 1975 à aujourd'hui est accessible au grand public. Une autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec est cependant exigée pour utiliser les données de nature nominative du fichier. Un rapport statistique annuel présente les principaux indicateurs quant à l'incidence et à la mortalité reliées au cancer, quant aux modalités d'accès au fichier, à l'information disponible et à la qualité des données.

4.5.4.11 La lutte contre le tabagisme

Le Plan de lutte québécois contre le tabagisme couvre principalement la protection des personnes non fumeuses et la prévention du tabagisme, et il permet d'offrir du soutien aux personnes qui veulent cesser de fumer.

La Direction de la promotion a participé à l'application de la Loi sur le tabac. À cet égard, elle a établi une ligne sans frais (1 877 416-TABA) et elle a entamé la production de plusieurs documents d'information qu'elle a diffusés auprès de la population concernée. La direction a également poursuivi le recrutement et la formation d'une équipe de 14 personnes chargées de répondre aux demandes d'information de la population et d'inspecter les lieux visés par cette loi. Ces personnes ont donné suite à plus de 7 000 demandes de renseignements et ont enregistré 3 050 plaintes, dont la moitié ont fait l'objet d'une inspection. Afin d'aider les responsables des lieux publics à implanter la loi, la direction a mené une campagne de sensibilisation et d'information qui a rejoint près de 23 000 d'entre eux.

Le Ministère a mené une campagne sociétale de prévention du tabagisme chez les jeunes — la campagne « Allumé »; les jeunes ont collaboré en grand nombre à la conception et à la réalisation de diverses activités liées à cet événement. De plus, le spectacle de théâtre rock alternatif *In vivo*, présenté par le groupe Monopode, a effectué une tournée financée par le Ministère et les directions de la santé publique des régies régionales afin de sensibiliser les jeunes aux méfaits du tabagisme.

Le Ministère a aussi annoncé, le 1er octobre 2000, l'ajout de trois produits destinés aux personnes qui désirent cesser de fumer à l'inté-

rieur de la liste des médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments.

D'autres projets font appel à des organismes autres que ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, le Ministère participe à la tenue de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac — qui a eu lieu en janvier 2001, sous le thème « Je prends les moyens. J'arrête » — en appuyant financièrement le Conseil québécois sur le tabac et la santé qui en assure la coordination. Une participation financière du Ministère a également permis de tenir pour une seconde fois, « Défi J'arrête, j'y gagne ! », organisé par le groupe Acti-Menu.

Outre le budget de la campagne de prévention, le Ministère et les régies régionales disposent d'un budget global de 4 700 000 $ pour mener à bien ces actions.

4.5.4.12 Des actions internationales

Le Québec est devenu membre national de l'Union internationale de la promotion et de l'éducation en santé (UIPES). À l'occasion d'un numéro spécial du magazine *Promotion*, le Ministère a fait paraître un article sur la promotion de la santé au Québec. Ce magazine est distribué partout dans le monde et représente un canal de communication unique en promotion et en éducation au regard de la santé.

4.5.4.13 Francophonie et travail de rue

Le Québec est l'initiateur d'un projet de formation pour les travailleuses et les travailleurs de rue. La méthode développée par L'ATTrueQ a été reprise en Europe dans les six pays suivants : Belgique, Espagne, Portugal, France, Angleterre et Allemagne. Les 14, 15 et 16 décembre prochain se tiendra à Montréal le colloque « Francophonie et travail de rue », qui portera sur la préparation d'un corpus de formation à l'intention des travailleuses et des travailleurs de rue.

4.6 La protection de la santé publique

Sur le plan de la protection de la santé publique, le Ministère a pour mandat de gérer les activités du domaine de la santé publique relatives notamment aux agents infectieux, chimiques ou physiques susceptibles de constituer des risques pour la santé des travailleuses et des travailleurs ou de la population en général.

4.6.1 Santé du travail

En santé au travail, le comité permanent MSSS-CSST a mené à terme de nombreux travaux, grâce aux activités de plusieurs sous-comités chargés du suivi et de la préparation de programmes. Le document *Réalisations en santé au travail*, présentant des exemples concrets d'amélioration des milieux de travail, sera de nouveau diffusé. On trouve maintenant ces informations sur le site Internet de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Pour le programme « Maternité sans danger », soulignons que le Groupe de référence grossesse-travail est maintenant rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et continue à fournir un soutien scientifique aux professionnelles et aux professionnels de la santé chargés d'étudier les situations de travail qui affectent les travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Le système d'information en santé au travail est désuet. De nombreux efforts ont été investis pour résoudre le problème criant de recrutement et de maintien des médecins en santé au travail. La CSST a consenti des conditions très favorables pour l'obtention d'une maîtrise en santé au travail pour les médecins intéressés qui s'engagent à travailler dans le domaine. D'autres développements sont attendus.

Dans le secteur de l'agriculture, le comité provincial de la semaine UPA-CSST a organisé la semaine de prévention sur les « risques de blessures ou de maladies reliées aux animaux ». Formation et outils d'information ont été préparés à l'intention des agricultrices et des agriculteurs, et des équipes de santé au travail ont participé au colloque de formation.

Le comité sur l'amiante, placé sous l'autorité du Ministère, devrait présenter son rapport portant sur l'exposition à l'amiante au Québec de même que ses recherches sur les conséquences de cette exposition (amiantose, cancer, mésothéliome) en 2000-2001.

L'opération visant à retirer l'amiante de la structure des écoles sera complétée par une dernière intervention dans les locaux techniques : les équipes de santé au travail continuent de soutenir les commissions scolaires et le ministère de l'Éducation du Québec. Les travaux de réparation sont très avancés.

4.6.2 Santé environnementale

En santé environnementale, le Ministère collabore avec le ministère de l'Environnement et ses autres partenaires pour faire face à certains problèmes, tels les changements climatiques, ou relever certains défis, comme le développement durable, en assurant sa représentation auprès des tables intersectorielles mises sur pied pour la gestion de ces dossiers. Considérant les effets potentiels des changements climatiques globaux sur la santé, le

Ministère et son réseau se sont engagés sur plusieurs plans, notamment en ce qui concerne les aspects « santé » du projet de Politique québécoise des transports du ministère des Transports, étant donné que les véhicules automobiles constituent la source la plus importante d'émission de gaz à effets de serre au Québec. En plus d'adhérer au programme gouvernemental de réduction des gaz à effet de serre, le Ministère a soutenu des études sur les effets des vagues de chaleur et de la pollution de l'air, en particulier dans la région métropolitaine.

En ce qui concerne les risques pour la santé inhérents à la consommation de poisson pouvant être affecté par la pollution des eaux, le Ministère a mis sur pied le Groupe de travail sur l'interprétation toxicologique des données de contamination du poisson, composé d'expertes et d'experts en toxicologie et en santé publique, afin notamment de transmettre aux directions de la santé publique les directives appropriées en ce qui a trait à la consommation de poisson, en fonction des données les plus récentes en la matière.

Par ailleurs, le Ministère publie toujours — en collaboration avec le ministère de l'Environnement et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation — le dépliant *Connaissez-vous les OMÉGA-3 ? Moi, oui... et je suis bon pour la santé !* Ce document fait la promotion de la consommation du poisson comme aliment sain, notamment au regard de la prévention des maladies cardiovasculaires. Il donne également l'heure juste sur la contamination de certaines espèces de poisson, surtout par le mercure, contamination qui a du reste considérablement diminué grâce aux efforts de dépollution du milieu aquatique, particulièrement du fleuve Saint-Laurent.

Dans cet ordre d'idées, le Ministère poursuit sa participation au volet santé de la phase III du *Programme Saint-Laurent Vision 2000*, visant à réduire les risques de nature microbiologique ou chimique liés au Saint-Laurent, incluant l'eau potable et les produits de consommation tirés du fleuve.

Quant à la pollution agricole d'origine animale, le Ministère a créé un comité scientifique afin d'examiner les effets potentiels de cette forme de pollution sur la santé publique. La pollution agricole d'origine animale, surtout la production porcine, d'une ampleur sans précédent au Québec, soulève des inquiétudes légitimes au sein de la population quant aux risques qu'elle représente pour la santé. La pollution agricole a été reconnue, en effet, comme étant responsable de la présence en excès de micro-organismes pathogènes (bactéries, virus, parasites), de substances chimiques (nitrate, phosphore) et de matières organiques dans les eaux souterraines et de surface.

Le comité scientifique a déposé son rapport en juin 2000, accompagné du document de référence *Les risques à la santé associés aux activités de production animale*. Le Ministère entend donner les suites appropriées à cette démarche et contribuer de façon tangible à l'atteinte d'un juste équilibre entre, d'une part, le développement de l'industrie agroalimentaire et, d'autre part, la protection de la santé de la population québécoise.

Afin de dégager un consensus scientifique quant aux effets attribués aux champs électromagnétiques (CEM), émis en particulier par les lignes électriques à haute tension, le Ministère a constitué une équipe d'expertes et d'experts ayant pour mandat de revoir les données scientifiques disponibles sur ce sujet et de formuler, s'il y a lieu, les recommandations appropriées pour une gestion prudente de l'exposition aux champs électromagnétiques.

L'équipe d'experts a déposé son rapport, en mai 2000, intitulé *Consensus sur l'évaluation et la gestion des risques associés à l'exposition aux champs électrique et magnétique provenant des lignes électriques*. Selon les experts, le lien causal entre l'exposition chronique aux CEM et l'apparition de cancers (leucémie chez l'enfant) n'est toujours pas établi, mais un tel risque ne peut être exclu dans le cas des niveaux d'exposition plus élevés aux CEM. Le Ministère donnera les suites appropriées aux recommandations du rapport et examinera — conjointement avec les autres organismes intéressés et l'Institut national de santé publique du Québec — la pertinence de recourir au principe de précaution en matière d'exposition aux CEM.

En ce qui concerne la prévention des risques pour la santé associés à la contamination du milieu par des substances toxiques d'origine industrielle, le Ministère est conjointement responsable avec l'Institut national de santé publique du Québec de l'évaluation des risques toxicologiques pour la santé humaine liés aux conséquences environnementales de projets industriels importants, et ce, dans une optique de développement durable. Le Comité de consultation sur l'évaluation du risque toxicologique de l'Institut national de santé publique a déposé au Ministère, en septembre 2000, son rapport de consultation faisant état des lignes directrices qui doivent servir à guider l'évaluation du risque toxicologique pour la santé humaine d'origine environnementale au Québec, et à partir duquel le Ministère rendra publique sa position sur la matière.

4.6.3 Maladies infectieuses

Le Ministère est soucieux de prendre les mesures appropriées afin de protéger la population contre certaines maladies qui risquent de poser un problème de santé publique. La vaccination constitue l'une de ces mesures.

L'influenza est une maladie qui revient annuellement et qui est susceptible de donner lieu à des éclosions. À l'automne, le programme annuel de vaccination a été élargi de façon à protéger une proportion plus large de la population. Cette mesure a été prise en vue de faire face à une éventuelle pandémie d'influenza, situation où toute la population devrait être vaccinée dans le plus court délai possible. Aux groupes ciblés habituellement, se sont ajoutées les gens âgés de 60 à 64 ans et ceux qui vivent sous le même toit qu'une personne souffrant d'une maladie chronique; le nombre d'individus ayant dû être rejoints est passé de 1 million à 2,1 millions.

Compte tenu du grand nombre de personnes à rejoindre, et en accord avec le Comité sur l'immunisation du Québec, la vaccination a débuté dès le 1er octobre, alors qu'elle commençait au 1er novembre antérieurement. De plus, une somme de 1 million de dollars a été mise à la disposition des régions pour instaurer des projets spéciaux de vaccination permettant de rejoindre la population ciblée. Une attention spéciale a été aux éléments suivants : l'accessibilité accrue des services, particulièrement en CLSC, la possibilité de travailler en collaboration avec les cliniques médicales privées et l'augmentation du taux de couverture vaccinale chez les travailleuses et les travailleurs des établissements de soins de santé. Plusieurs stratégies de communication ont aussi été mises en place afin d' informer la population.

À cette campagne de vaccination contre l'influenza a été jumelée celle contre le pneumocoque, un programme en place depuis avril 2000 et qui s'adresse aux personnes âgées de 65 ans ou plus, ainsi qu'aux individus de tout âge souffrant de maladies chroniques. Ce programme a connu un vaste succès, puisque 499 915 doses de vaccins ont été distribuées depuis son entrée en vigueur.

Enfin, des mesures particulières ont été adoptées pour contrer une augmentation impressionnante des infections invasives à méningocoque dans la province, plus particulièrement dans la région immédiate de Québec. Cette situation sans précédent depuis l'importante éclosion de 1991-1993 a donné lieu à la formation d'un comité consultatif ayant pour mandat de conseiller les directions de la santé publique et le Ministère sur les actions à prendre pour contrôler la propagation de la bactérie. Ainsi, en mars dernier, la vaccination a permis de rejoindre 90 % des élèves du niveau secondaire de la région de Québec. Parallèlement, des efforts importants ont été consacrés à l'obtention de l'homologation d'un nouveau vaccin conjugué, davantage efficace pour les jeunes enfants et qui assure une protection à plus long terme.

4.6.4 Surveillance

À la suite de la détection inédite du virus du Nil occidental en Amérique du Nord, à l'été 1999, et face au risque potentiel de la propagation de cet agent infectieux en territoire québécois, la Direction générale de la santé publique a rapidement mis sur pied un comité intersectoriel réunissant autour d'une même table les ministères concernés et les spécialistes en la matière. Un système de surveillance et de communication en trois volets — santé animale, santé humaine et entomologie — a été instauré dès l'été 2000. Bien que l'agent infectieux n'ait pas été détecté à ce moment, l'activité épidémique au sud de la frontière du Québec confirme son installation, l'expansion de sa zone d'activité et sa proximité.

Fort de l'expérience de la première saison, le système de surveillance est consolidé, sensible, et il détectera rapidement l'apparition de l'agent infectieux. Plusieurs scénarios ont été envisagés et de nombreuses mesures de contrôle des populations d'insectes vecteurs ont été planifiées en fonction de l'évaluation qui sera effectuée quant à l'ampleur de l'activité épidémique. Les autorités auront alors en main les résultats d'une planification d'envergure advenant la nécessité d'intervenir sur des foyers de transmission.

4.7 Le Centre québécois de coordination sur le sida

Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) a pour mission de proposer des orientations et de coordonner au niveau national des actions pour lutter contre le sida, les autres MTS et l'hépatite C. Il fait également la promotion des orientations de la *Politique de la santé et du bien-être* et des recommandations contenues dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, et il collabore avec le réseau à leur mise en œuvre et à leur suivi. Enfin, il veille à l'atteinte des résultats définis dans ces documents.

Les actions du CQCS sont guidées par quatre grands objectifs : réduire l'incidence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des MTS ainsi que les coûts sociosanitaires qui y sont liés; accroître, auprès des personnes vulnérables, les actions de promotion, de prévention et de

protection visant à diminuer la transmission du VIH et des MTS par une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être; améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et des services en répondant davantage aux besoins des personnes aux prises avec le VIH et le sida, en les maintenant le plus possible dans leur milieu tout en ayant le souci de conserver leur qualité de vie; créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et aux services ainsi qu'à la prise en charge par les individus de leur santé, dans le respect des droits de la personne.

Au cours de l'année 2000-2001, l'équipe du CQCS a poursuivi la mise en œuvre de la phase IV de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, et ce, en collaboration avec l'ensemble des régies régionales, les regroupements provinciaux d'organismes communautaires de lutte contre le sida et les associations à caractère provincial touchées par le problème. En outre, la *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS* a été rendue publique. Enfin, l'équipe a travaillé à concrétiser les derniers volets de son plan d'action 1998-2000 centré sur les personnes vivant avec le VIH et le sida, sur les groupes vulnérables et sur la population en général.

4.7.1 Prévention

Le CQCS a poursuivi l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Depuis sa mise en œuvre, en 1997, un total de 181 femmes ont été suivies au cours d'une grossesse : 89 d'entre elles connaissaient leur statut sérologique avant la grossesse, 74 l'ont appris durant la grossesse, 18 n'ont pas été dépistées et n'ont donc pas eu accès au traitement préventif. Dans le sous-groupe de femmes ayant reçu un traitement préventif complet, le taux de transmission de la mère à l'enfant est de 1,5 %.

D'autre part, à la suite des travaux d'un comité *ad hoc* sur la révision de la mission des services de dépistage anonyme, de nouvelles orientations ont été proposées. En vue d'appuyer ce changement, le document *Les services de dépistage anonyme — Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales — Orientations*, sera transmis incessamment aux régies régionales et aux CLSC.

Le CQCS a accordé un soutien financier à la réalisation d'une troisième campagne provinciale de communication à l'intention de la population homosexuelle. Cette campagne porte sur la communication interpersonnelle mettant en cause des comportements sexuels sécuritaires, sur les rapports entre personnes séropositives et séronégatives ainsi que sur le *coming out*. Le CQCS a soutenu aussi, conjointement avec Santé Canada, un site Internet (REZO) portant sur la prévention du VIH et des MTS à l'intention des jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

En ce qui a trait à la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire, le CQCS a diffusé la version anglaise du *Répertoire d'activités d'enseignement en prévention des MTS et du sida* destiné au personnel enseignant auprès des élèves ayant une déficience intellectuelle, et il a mis au point, en collaboration avec le MEQ, un programme de formation à leur intention. Quatre numéros du *Petit magazine de la formation personnelle et sociale* ont été publiés en collaboration avec le MEQ et l'UQAM. À l'occasion des Journées annuelles de santé publique, on a également organisé un atelier portant sur « Les défis de l'éducation à la sexualité et de la prévention des MTS/sida en milieu scolaire ».

À l'égard des autochtones, le CQCS a participé à un groupe de travail qui est à l'origine du document *Le cercle de l'espoir - Stratégie des Premières Nations et Inuits du Québec contre le VIH et le sida* Il poursuit son engagement dans l'implantation de cette stratégie.

Enfin, placée sous le thème « Équipés pour s'aimer », une nouvelle campagne a été conçue afin de valoriser l'utilisation du condom ainsi que les jeunes qui en font usage. Cette campagne visait les jeunes francophones et anglophones de 13 à 17 ans. À l'occasion de la journée internationale sur le sida, le 1er décembre 2000, différents acteurs ont été mobilisés pour une conférence de presse et le lancement d'une affiche : *Les hommes peuvent changer le cours de l'épidémie*.

4.7.2 Soins et services

Les travaux du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH, présidé par le CQCS, ont donné lieu, cette année, à la préparation des quatre documents suivants : *Guide sur la prévention des infections opportunistes, Guide de la thérapie antirétrovirale, Guide d'utilisation clinique et d'interprétation des résultats des tests de résistance aux antirétroviraux, Tests rapides de dépistage du VIH - Guide pour les professionnels de la santé du Québec*. Deux sous-groupes de travail ont été mis sur pied. Le premier est chargé d'étudier les complications métaboliques des antirétroviraux, tandis que le deuxième doit se pencher sur le dosage plasmatique des médicaments.

Par ailleurs, le CQCS a subventionné, à Montréal, un projet désigné comme Centre de référence

régional. Ce projet a pour but de rendre accessibles des services spécialisés devenus nécessaires à la suite d'une exposition aux liquides biologiques susceptibles de comporter un risque de transmission du VHB, du VHC ou de l'infection par le VIH. Un rapport a été transmis au CQCS, recommandant le maintien d'un tel service de manière à répondre aux besoins de la population de l'île de Montréal. Un service permanent 24 heures/7 jours est actuellement offert par l'hôpital Saint-Luc.

Le Comité consultatif sur les MTS a déposé un rapport portant sur la notification aux partenaires des personnes infectées par une MTS, et ses membres travaillent à la mise sur pied du programme issu des principales recommandations; ils ont également achevé une étude de faisabilité sur la surveillance des tests de laboratoire et formulé des orientations relativement à la recherche en matière de *Chlamydia trachomatis*.

Un sous-comité chargé de rédiger un protocole MTS a conçu un premier cahier : *Prévenir et enrayer — Situation et orientations, les maladies transmises sexuellement à déclaration obligatoire*; un deuxième cahier est en préparation sur l'intervention MTS en santé publique. Par ailleurs, le CQCS a rendu publics le document intitulé *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydiose, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile 1995-1999*, ainsi que le rapport sur le Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS 1993-1997.

4.7.3 Activités de soutien

À la suite des travaux effectués par un comité *ad hoc* quant aux moyens d'améliorer la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH, des démarches ont été entreprises pour obtenir une modification réglementaire visant à inscrire l'infection par le VIH dans la liste des maladies à déclaration obligatoire. Une étape a été franchie : la Commission d'accès à l'information et le Collège des médecins ont donné leur accord à une telle démarche. Un comité consultatif supervise tous les aspects de l'implantation du système de surveillance de l'infection par le VIH.

Sur le plan de la recherche, le CQCS a maintenu des liens étroits avec le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale, en mettant en valeur son rôle consultatif et sa participation à la définition des axes prioritaires et des orientations de la recherche sur le VIH et le sida. Entre autres, dans le cadre du programme conjoint CQRS-CQCS, le nombre de projets de recherche soumis et acceptés a augmenté.

Plusieurs programmes nationaux de formation ont été proposés, en 2000-2001, aux professionnelles et aux professionnels de la santé ainsi qu'aux personnes qui interviennent en matière de prévention des MTS et du sida; ils ont suscité une large participation, comme les programmes *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles* et *L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues*.

De plus, le CQCS a mis en œuvre un nouveau programme de formation sur le traitement à la méthadone visant à recruter et à former de nouveaux médecins aptes à prescrire le traitement pour les personnes héroïnomanes. Il a aussi organisé une rencontre des UHRESS et des satellites, placée sous le thème de la *Prise en charge des personnes vivant avec le VIH : les défis du réseautage*, en vue de favoriser la concertation de ces établissements.

De concert avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, Santé Canada, le Collège québécois des médecins de famille, le réseau des unités hospitalières de recherche et d'enseignement « soins-sida » et le service de consultation téléphonique sur le VIH et le sida, le CQCS collabore à la mise en œuvre du programme de mentorat sur le VIH et le sida destiné aux médecins ainsi qu'au personnel infirmier appelé à fournir des soins dans le domaine.

4.7.4 Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)

Un programme d'intervention destiné aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C a été établi. Il compte les dispositions suivantes :

- une prise en charge appropriée de toutes les personnes infectées par le VHC;
- la prévention de la propagation de l'infection;
- l'octroi d'une aide financière de 10 000 $ aux personnes infectées par une transfusion sanguine ou par l'administration de produits sanguins avant 1986, ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998.

Depuis l'annonce du programme, l'essentiel des énergies a été consacré à préparer le réseau de la santé à recevoir les personnes dont l'état de santé nécessite notamment des consultations médicales, des tests, des traitements et des vaccins, ainsi qu'à mettre en place les mesures appropriées pour effectuer la recherche systématique des personnes transfusées. La RAMQ, qui administre le volet « aide financière », a répondu aux demandes de 808 personnes infectées par le VHC, en date du 30 mars 2001.

Pour ce qui est de la prise en charge des personnes infectées, le Ministère, avec la contribution de plusieurs de ses partenaires, a réalisé notamment, un protocole sur l'hépatite C destiné au service Info-Santé CLSC , ainsi qu'un document d'information à l'intention des médecins et un programme de formation destiné aux professionnelles et aux professionnels de la santé. La vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B est maintenant offerte gratuitement aux porteurs chroniques du VHC. Le médicament le plus efficace, soit le Rebetron®, est couvert par l'assurance médicaments depuis le 1er juillet 1999. Une tournée des centres hospitaliers a été effectuée afin de mettre en place les mesures nécessaires pour poursuivre la recherche systématique des personnes transfusées. Dans la première semaine du mois d'avril, 56 centres hospitaliers avaient commencé la saisie des données transfusionnelles sur un support informatique et 316 253 données avaient été transmises à la RAMQ.

Dans le but d'éviter la propagation de l'infection, des démarches ont été entreprises pour obtenir une modification réglementaire visant à faire inscrire l'hépatite C sur la liste des maladies à déclaration obligatoire par les laboratoires. Des travaux ont été également amorcés afin de définir les données de surveillance qui doivent être recueillies ainsi que les interventions de santé publique devant être effectuées à la suite de la déclaration d'un cas d'hépatite C. On a rédigé une brochure intitulée, *L'hépatite C — Une infection sournoise*, laquelle porte principalement sur la maladie, sur ses modes de transmission et sur les moyens de la prévenir. La brochure a été diffusée principalement dans les directions de la santé publique, les CLSC, les organismes communautaires, les centres hospitaliers, et parmi le personnel des milieux carcéraux qui travaille auprès des personnes infectées par le VHC et des personnes à risque (toxicomanes, jeunes de la rue, personnes détenues, etc.).

Le Secrétariat du système du sang a pour mandat de mener à bien les différents dossiers sous-jacents à la mise en place et au fonctionnement du Système québécois du sang. Il apporte aussi un soutien professionnel et technique à la composition et au fonctionnement des comités créés au sein de ce dernier.

Dans cette perspective, le Secrétariat assure depuis plus de deux ans un soutien au fonctionnement du Comité d'hémovigilance : celui-ci s'est réuni quatre fois dans la dernière année et il a surtout orienté ses travaux sur la surveillance devant être accordée aux personnes qui offrent leur sang et qui sont atteintes de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, particulièrement celles qui ont séjourné au Royaume-Uni et en France. Le Secrétariat du système du sang soutient également le Comité consultatif national de médecine transfusionnelle (CCNMT). Ce dernier constitue un forum provincial permanent d'échange et de discussions sur les aspects scientifiques liés aux pratiques transfusionnelles et à l'utilisation des produits sanguins, dérivés et substituts; mis sur pied en mars 2001, il a tenu quatre réunions depuis lors. Enfin, le Secrétariat assure un soutien au Comité de gestion de l'approvisionnement et du financement (CGAF). Ce comité doit prendre en considération les dimensions administratives et scientifiques du Système du sang. Créé en novembre 2000, ce comité a tenu trois réunions durant l'année 2000-2001.

Grâce à la mise en place d'un nouveau logiciel, les établissements pourront dorénavant saisir électroniquement les données relatives aux incidents et aux accidents transfusionnels qui seront transférées en temps réel de manière dépersonnalisée au Ministère. Cet outil est l'une des composantes du Système d'hémovigilance québécois.

Le Secrétariat est responsable du développement et du déploiement du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH). Une première version a été réalisée (TRACELINE — version 1).

Afin de pouvoir répondre aux questions du personnel professionnel intéressé par le Système québécois du sang, le bulletin d'information *Le 109* est publié régulièrement. De plus, le site Web du Secrétariat du système du sang (www.msss.gouv.qc.ca/systeme-du-sang) est accessible tant pour le personnel que pour l'ensemble de la population.

5. Les services à la population

La Direction générale des services à la population a pour mandat de s'assurer que les régies régionales et le réseau de services voient à l'application des lignes directrices du Ministère en matière de services à la population et de prévoir à cette fin les stratégies d'implantation les plus appropriées. Elle doit établir et développer, avec ses partenaires du secteur, la collaboration et la concertation nécessaires à la connaissance des problèmes et, de façon générale, accroître l'expertise dans les champs de la santé physique, de la santé mentale, de l'adaptation sociale (enfance, jeunesse, famille et personnes toxicomanes), de l'intégration sociale (personnes âgées et personnes handicapées) et des ressources et activités communautaires.

La direction agit comme interlocuteur privilégié auprès des groupes représentatifs chargés de faire connaître les besoins et les attentes des usagères et des usagers quant à l'organisation des services dans ces champs d'activité. Conformément aux lignes directrices du Ministère, elle établit les plans d'action appropriés en ce qui concerne l'adaptation des services, les ressources nécessaires à leur réalisation, les interventions prioritaires et les changements souhaités sur le plan des pratiques et des approches pour améliorer l'accès aux services et la qualité de ces services.

La direction coordonne la collecte, le traitement et l'exploitation de l'information destinée à évaluer les services fournis à la population et à mesurer la qualité et la pertinence des objectifs ministériels. Elle assure également le suivi des ententes et des engagements des partenaires du Ministère (établissements, organismes communautaires) au regard de ces services, conformément aux mécanismes de reddition de comptes.

En tant que principal interlocuteur du réseau en matière de services à la population, la direction coordonne les liaisons formelles avec les régies régionales. À ce titre, elle fournit le soutien nécessaire au bon fonctionnement du Comité de concertation du Ministère et des régies, et assure la liaison avec la Table des directrices et des directeurs d'organisation des services des régies régionales.

La direction contribue à résoudre des problèmes et des situations susceptibles de compromettre le bon fonctionnement et la qualité des services destinés à la population ainsi que l'accès à ces services. En vertu de son mandat, elle assume la préparation et le suivi de la correspondance et des communications en ce qui concerne les demandes des usagères et des usagers, des prestataires de certains services, des organismes et des associations pour tout ce qui a trait aux services offerts à la population.

La direction conçoit les orientations du Ministère en matière de services dans certains secteurs plus particuliers, tels les services préhospitaliers d'urgence, les services offerts par les organismes communautaires, y compris l'économie sociale, ainsi que les ressources résidentielles liées aux services publics; elle agit également comme interlocuteur ministériel auprès des groupes représentatifs de ces secteurs et en suit l'évolution. La direction maintient et développe la collaboration et la concertation nécessaires avec les instances multisectorielles gouvernementales et non gouvernementales en cause, et elle soutient les instances politiques dans le processus législatif et parlementaire.

Enfin, la Direction générale des services à la population voit à la planification ainsi qu'à la programmation pluriannuelle et annuelle des immobilisations du réseau de la santé et des services sociaux et elle en assure le financement.

Au cours de la dernière année, la direction a surtout orienté ses travaux dans les secteurs suivants : le soutien au réseau, la planification des immobilisations, la santé physique, les services préhospitaliers d'urgence, la déficience intellectuelle et physique, les ressources d'hébergement substituts telles les familles d'accueil, les organismes communautaires, l'économie sociale, les services à la jeunesse et les problèmes relatifs au suicide, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et au jeu pathologique.

5.1 Service de l'enfance, de la jeunesse et de la famille

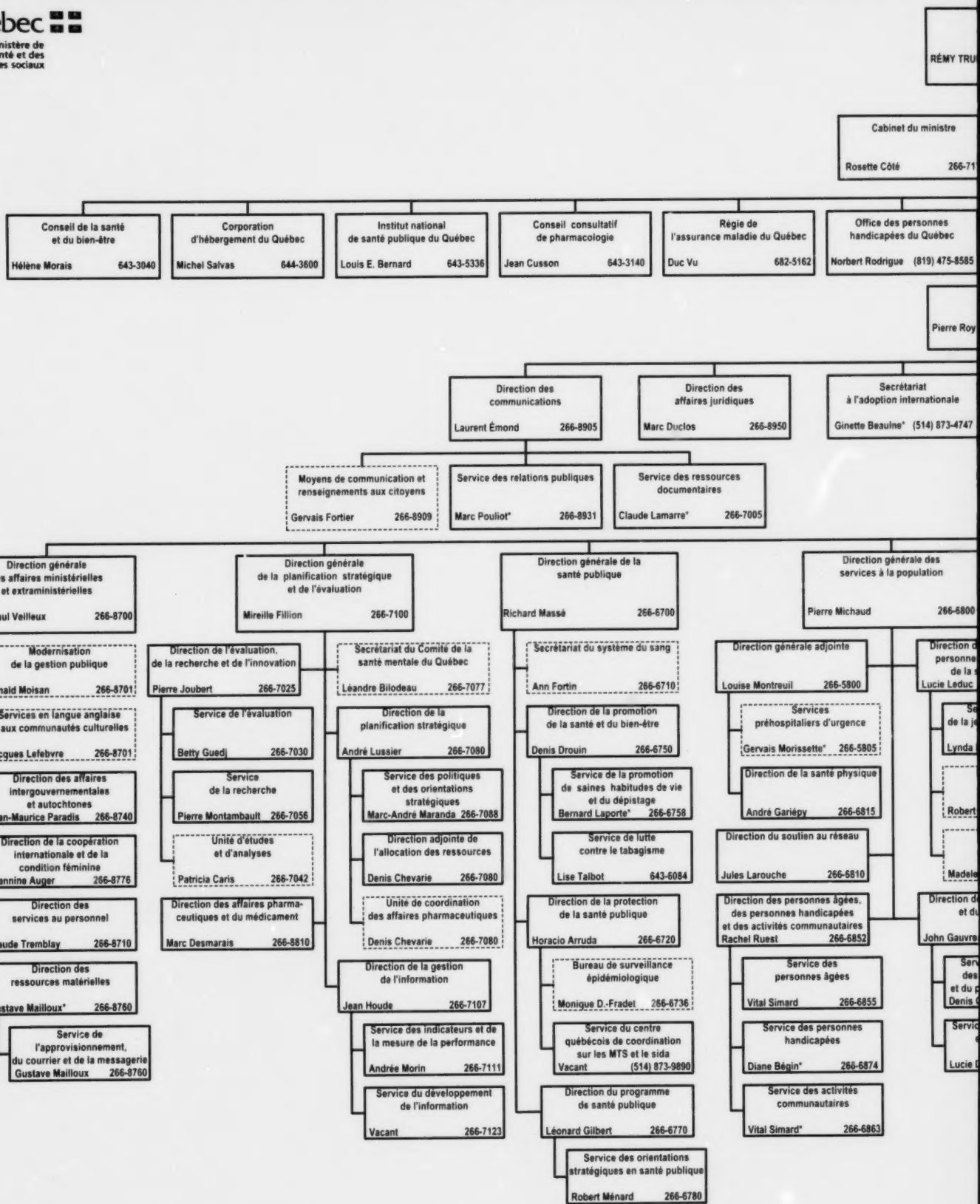
Les services à la jeunesse et à la famille

L'amélioration de l'accès et de la qualité des services aux jeunes et à leur famille a fait l'objet de plusieurs travaux et développements au cours de l'année 2000-2001.

Accessibilité et qualité des services spécialisés

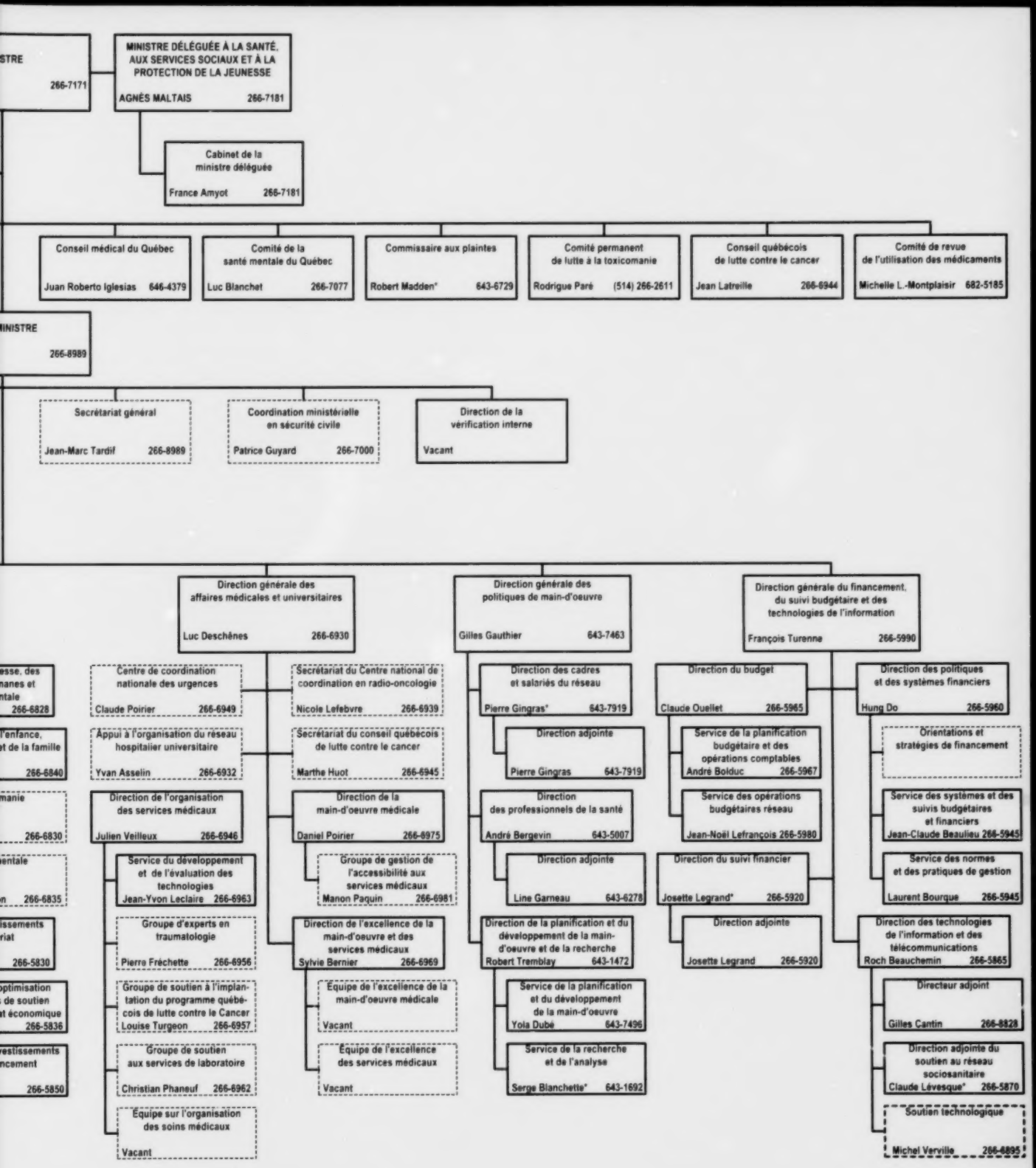
Le suivi de la liste d'attente en protection de la jeunesse s'est poursuivi et s'est imposé comme une action structurante d'envergure afin de maintenir le

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux



*Par intérim

Dernière modification
le 31 mars 2001


STRE
266-7171
MINISTRE DÉLÉGUÉE À LA SANTÉ, AUX SERVICES SOCIAUX ET À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
AGNÈS MALTAIS 266-7181
Cabinet de la ministre déléguée
France Amyot 266-7181
Conseil médical du Québec
Juan Roberto Iglesias 646-4379
Comité de la santé mentale du Québec
Luc Blanchet 266-7077
Commissaire aux plaintes
Robert Madden* 643-6729
Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Rodrigue Paré (514) 266-2611
Conseil québécois de lutte contre le cancer
Jean Latreille 266-6944
Comité de revue de l'utilisation des médicaments
Michelle L.-Montplaisir 682-5185
INISTRE
266-8989
Secrétariat général
Jean-Marc Tardif 266-8989
Coordination ministérielle en sécurité civile
Patrice Guyard 266-7000
Direction de la vérification interne
Vacant
Direction générale des affaires médicales et universitaires
Luc Deschênes 266-6930
Direction générale des politiques de main-d'oeuvre
Gilles Gauthier 643-7463
Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information
François Turenne 266-5990
esse, des
nanes et
ntale
266-6828
l'enfance,
t de la famille
266-6840
manie
266-6830
entale
n 266-6835
issements
riat
266-5830
ptimisation
de soutien
t économique
266-5836
vestissements
ncement
266-5850
Centre de coordination nationale des urgences
Claude Poirier 266-6949
Appui à l'organisation du réseau hospitalier universitaire
Yvan Asselin 266-6932
Direction de l'organisation des services médicaux
Julien Veilleux 266-6946
Service du développement et de l'évaluation des technologies
Jean-Yvon Leclaire 266-6963
Groupe d'experts en traumatologie
Pierre Fréchette 266-6956
Groupe de soutien à l'implantation du programme québécois de lutte contre le Cancer
Louise Turgeon 266-6957
Groupe de soutien aux services de laboratoire
Christian Phaneuf 266-6962
Équipe sur l'organisation des soins médicaux
Vacant
Secrétariat du Centre national de coordination en radio-oncologie
Nicole Lefebvre 266-6939
Secrétariat du conseil québécois de lutte contre le cancer
Marthe Huot 266-6945
Direction de la main-d'oeuvre médicale
Daniel Poirier 266-6975
Groupe de gestion de l'accessibilité aux services médicaux
Manon Paquin 266-6981
Direction de l'excellence de la main-d'oeuvre et des services médicaux
Sylvie Bernier 266-6969
Équipe de l'excellence de la main-d'oeuvre médicale
Vacant
Équipe de l'excellence des services médicaux
Vacant
Direction des cadres et salariés du réseau
Pierre Gingras* 643-7919
Direction adjointe
Pierre Gingras 643-7919
Direction des professionnels de la santé
André Bergevin 643-5007
Direction adjointe
Line Garneau 643-6278
Direction de la planification et du développement de la main-d'oeuvre et de la recherche
Robert Tremblay 643-1472
Service de la planification et du développement de la main-d'oeuvre
Yola Dubé 643-7496
Service de la recherche et de l'analyse
Serge Blanchette* 643-1692
Direction du budget
Claude Ouellet 266-5965
Service de la planification budgétaire et des opérations comptables
André Bolduc 266-5967
Service des opérations budgétaires réseau
Jean-Noël Lefrançois 266-5980
Direction du suivi financier
Josette Legrand* 266-5920
Direction adjointe
Josette Legrand 266-5920
Direction des politiques et des systèmes financiers
Hung Do 266-5960
Orientations et stratégies de financement
Service des systèmes et des suivis budgétaires et financiers
Jean-Claude Beaulieu 266-5945
Service des normes et des pratiques de gestion
Laurent Bourque 266-5945
Direction des technologies de l'information et des télécommunications
Roch Beauchemin 266-5865
Directeur adjoint
Gilles Cantin 266-8828
Direction adjointe du soutien au réseau sociosanitaire
Claude Lévesque* 266-5870
Soutien technologique
Michel Verville 266-6895

meilleur accès possible aux services de protection de la jeunesse.

Un montant total de 15 millions de dollars a été alloué de façon non récurrente pour augmenter les ressources pour l'évaluation des signalements effectués, à rehausser le nombre de places en hébergement et à améliorer l'accessibilité aux services psychosociaux et de réadaptation et soutenir l'équilibre budgétaire des centres jeunesse.

Parallèlement à cet investissement, le ministère a réalisé des travaux en collaboration avec le réseau afin d'améliorer la coordination des interventions et de favoriser l'intégration des services aux jeunes (CLSC-Centres jeunesse). De plus la démarche d'arrimage avec le réseau de l'éducation s'est poursuivie afin de développer une vision globale des services offerts aux jeunes. Sur le plan des ressources humaines, des efforts importants ont été consacrés pour pallier à la difficulté de recruter des intervenantes et des intervenants dans le domaine. De plus, un chantier national de formation a été implanté dans quatre sites pilotes afin de développer les compétences des intervenantes et des intervenants, ainsi que celles des gestionnaires. Ce programme s'échelonne sur trois ans.

Par ailleurs, dans le cadre des mandats dévolus au groupe d'experts en organisation clinique (comité Lebon), plusieurs travaux ont été réalisés, notamment un portrait des ressources et services en CLSC et une analyse en vue de proposer des normes cliniques dans le secteur de la protection de la jeunesse.

Programme de soutien aux jeunes parents

Ce programme, proposé par le ministère lors du Sommet du Québec et de la jeunesse, a pour objectif général de prévenir la reproduction intergénérationnelle de difficultés importantes d'adaptation sociale. Il offrira un soutien intensif à de jeunes parents qui ont une histoire de difficultés d'adaptation sociale. Le soutien débutera pendant la grossesse et se poursuivra jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant.

Au cours de l'année, le comité aviseur au programme, regroupant des représentants de tous les partenaires impliqués, a été mis en place pour soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la planification, l'implantation et l'évaluation de ce programme.

Des groupes de travail se sont constitués (clientèle, contenu, formation, évaluation, implantation et financement) et les travaux sont en cours. Une implantation graduelle du programme est prévue et devrait s'amorcer à l'automne 2001. Le programme sera offert aux jeunes mères de 19 ans et moins dans le cadre d'une intervention individuelle et communautaire (intersectorielle). Les principaux éléments qui seront abordés avec les jeunes mères sont entre autres : le développement de l'enfant, les habitudes de vie (nutrition, usage d'alcool et de drogue, tabagisme, etc.), les habiletés parentales, le logement, l'insertion sociale à l'école ou au travail.

5.2 Le jeu pathologique

Au cours de la dernière année, le Ministère a mis en œuvre son nouveau programme expérimental 2000-2003 pour prévenir, atténuer et traiter les problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent.

Conformément aux mesures prioritaires prévues pour 2000-2001, le budget de 6 millions de dollars alloué à ce programme a été utilisé, principalement, pour instaurer les services visant à gérer des situations de crise chez les joueurs compulsifs et à mettre en place des sessions de formation pour les personnes appelées à intervenir dans ce contexte. Une partie de ce budget a également servi à effectuer de la recherche en la matière et à évaluer les effets des interventions pour contrer ce phénomène et en réduire les conséquences.

Afin de favoriser la concertation entre les différents acteurs ministériels préoccupés par le jeu pathologique, le Ministère a mis en place une table de concertation interministérielle chargée de définir et de mettre en œuvre des actions communes susceptibles d'améliorer les façons de faire pour mieux gérer les répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent.

5.3 Toxicomanie et itinérance

Toxicomanie

Au cours de la dernière année, le Ministère a renforcé sa campagne sur la détresse sociale chez les jeunes, « Parler, c'est grandir », notamment en mettant sur pied une tournée régionale à l'intérieur de laquelle il a établi une collaboration avec les milieux scolaires.

De plus, comme le préconise le *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001* du Ministère, les budgets régionaux de développement, de l'ordre de 3,5 millions de dollars, ont été utilisés pour consolider la gamme de services en toxicomanie.

Par ailleurs, le cadre normatif en toxicomanie pour les organismes communautaires et privés offrant de l'intervention avec hébergement a été diffusé auprès des milieux en cause; ces organismes pourront se qualifier auprès du Ministère en vue d'obtenir une certification.

Comme dans les années passées, le Ministère a organisé une semaine de prévention de la toxicomanie, destinée à rejoindre surtout les jeunes et leurs parents.

Itinérance

En février 2001, une entente Canada-Québec a été signée relativement aux interventions des groupes de personnes issues du milieu communautaire, connu sous le nom d'Initiative de partenariats en action communautaire. Cette entente prévoit les modalités liées à sa mise en œuvre, dans le respect des compétences de chacune et de chacun, des orientations et des priorités du Québec en matière d'itinérance.

5.4 Santé mentale

En novembre 1999, le Ministère mettait sur pied un groupe d'experts-conseils, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, et le chargeait de voir à la transformation des services de santé mentale ainsi qu'à l'implantation du plan d'action ministériel produit à ce sujet. Entre les mois de février et avril 2000, les membres du Groupe ont effectué une tournée dans 15 régions du Québec pour échanger avec de nombreuses personnes et organismes qui travaillent en santé mentale. Les propos recueillis auprès des gens qui utilisent ces services et des membres de leur famille, comme auprès de médecins et de partenaires des réseaux public et communautaire, ont servi de base pour dresser un bilan de l'état d'avancement de la transformation et dégager des lignes directrices relativement aux actions qui devraient être poursuivies de façon prioritaire d'ici 2002. Ce matériel devait par la suite alimenter les discussions à l'occasion du Forum national sur la santé mentale.

Tenu en septembre 2000, ce forum visait un double objectif. D'une part, il s'agissait de partager une vue d'ensemble quant à l'implantation du plan d'action et quant à un certain nombre d'enjeux et des conditions qu'il était essentiel de mettre en place pour poursuivre la transformation. D'autre part, l'événement devait servir à susciter l'engagement des personnes intéressées par cette transformation pour qu'elles s'associent à un plan de travail conjoint. Au terme du Forum, une somme récurrente de 8 millions de dollars était injectée pour soutenir la mise en place d'actions prioritaires dans l'ensemble des régions du Québec.

Cette démarche, ainsi que les constats du Groupe d'appui, sont présentés dans un document diffusé par le Ministère et intitulé *État d'avancement du Plan d'action de décembre 1998*. Un deuxième document, *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, présente le plan de travail que s'est donné le Ministère à court terme pour accentuer la transformation des services de santé mentale. Ces documents peuvent être obtenus sur demande au Ministère ou être téléchargés à partir de son site Internet.

À la fin de l'année 2000, le Ministère lançait des travaux visant l'amélioration des services offerts aux personnes contrevenantes adultes ayant des problèmes de santé mentale. Les démarches amorcées se poursuivent en 2001 et portent sur quatre domaines prioritaires :

- la mise en application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui;
- la révision du protocole de partage des responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique;
- la hiérarchisation des services en psychiatrie légale au Québec;
- la révision de l'arrêté ministériel pour la garde, le traitement et l'évaluation des contrevenants.

Les résultats de ces travaux seront présentés dans un prochain rapport annuel.

La Stratégie québécoise d'action face au suicide a été lancée en février 1998. Depuis, le Ministère a mis sur pied un groupe de travail MSSS-Régies et il a investi des budgets récurrents additionnels dans ce dossier. L'enveloppe budgétaire est actuellement de l'ordre de 9 millions de dollars. Plusieurs interventions plus ponctuelles ont également été menées auprès des personnes chez qui les risques de suicide ou de tentative de suicide sont les plus élevés, ainsi qu'auprès des principaux intervenants et intervenantes de première ligne en ce domaine.

5.5 Personnes âgées

Le document d'orientation ministérielle sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie a été diffusé le 6 mars 2001. Un plan d'action découlant de ces lignes directrices est en préparation et devrait être déposé en juin 2001.

Par ailleurs, dans le prolongement de l'Année internationale des personnes âgées, en 1999, le Ministère a collaboré avec le Secrétariat aux aînés à la préparation du plan d'action gouvernemental 2001-2004. À l'occasion de ces travaux, le Ministère a procédé à l'analyse de diverses problématiques en rapport avec les attentes exprimées par les personnes âgées en ce qui concerne le logement, la lutte contre les abus et la violence, la qualité des milieux

de vie, le soutien à domicile, les soins de santé et les services sociaux, à la suite de quoi il a proposé des mesures au Secrétariat aux aînés en vue du dépôt du plan d'action prévu pour mars 2001.

Des travaux destinés à améliorer les services aux personnes âgées en perte d'autonomie sont actuellement en cours. Notons à cet effet la préparation :

- d'un cadre de référence sur l'organisation et la prestation des soins et services dans les CHSLD;
- d'un plan d'action visant à contrer la malnutrition et les problèmes liés à l'alimentation des personnes âgées vivant dans les CHLSD;
- d'un plan d'action sur la maladie d'Alzheimer et autres affections connexes.

5.6 Service des personnes handicapées

5.6.1 La déficience physique et intellectuelle

5.6.1.1 Portrait en déficience physique

Au cours de la dernière année, le Ministère a entrepris de dresser un bilan de la situation sur les services offerts en déficience physique dans toutes les régions du Québec. Cette démarche lui permettra de faire le point quant aux lignes directrices qu'il a émises en 1995 relativement à la déficience physique.

Ce bilan sera suivi d'un plan d'action visant à préciser les travaux qui devront être effectués pour assurer la mise en œuvre des orientations de 1995 et à établir des priorités.

5.6.1.2 Aides techniques

Depuis le transfert, en octobre 1998, des programmes d'aides techniques de l'Office des personnes handicapées du Québec vers le réseau de la santé et des services sociaux, des sommes récurrentes de près de 12 millions de dollars et des sommes non récurrentes de 3 millions de dollars ont été investies par le Ministère pour absorber les listes d'attente.

Le Programme des aides auditives est, quant à lui, en voie de révision. Afin de le parfaire, le Ministère a créé le Groupe-conseil sur la révision du programme des aides auditives; on y trouve des représentantes et des représentants de personnes handicapées, des établissements de réadaptation et des régies régionales. Les membres du groupe se sont réunis au cours de l'année pour analyser les recommandations d'experts qu'ils avaient mandatés pour examiner les nouvelles technologies et les critères d'accessibilité au programme. Le rapport final du groupe sera publié à l'automne.

Enfin, un guide de gestion établissant les critères d'admissibilité aux services et les critères de financement des appareils d'aide auditives a été rédigé à l'intention des personnes handicapées afin de faciliter leur intégration sociale et professionnelle.

5.6.1.3 Programme québécois pour l'implant cochléaire

Au cours de la dernière année, les personnes qui ont une déficience auditive répondant aux critères du Programme québécois pour l'implant cochléaire ont pu profiter en plus grand nombre de ce service surspécialisé. Le programme ayant bénéficié d'un ajout de 1,57 million de dollars, 55 personnes ont pu recevoir un implant et avoir ainsi accès aux services de réadaptation nécessaires.

Les troubles de la parole et du langage

Les troubles de la parole et du langage ont fait l'objet d'une attention particulière compte tenu de l'envergure du problème. Le Ministère a préparé une stratégie visant à parfaire l'état des connaissances en la matière et à travailler en concertation avec le ministère de l'Éducation pour mieux harmoniser les actions en ce sens; de plus, des travaux ont été amorcés avec les régies régionales et les centres de réadaptation afin de tracer un portrait de la situation et de dégager des priorités.

Selon les prévisions en cours, le nombre d'orthophonistes diplômés de l'université devrait augmenter dans les prochaines années.

5.6.1.4 Allocation directe

Les personnes visées par les programmes allocation directe et chèque emploi-service seront dorénavant couvertes par la CSST. Il s'agit d'une amélioration de leurs conditions de travail qui ne peut occasionner que des répercussions positives sur la qualité des services offerts aux personnes handicapées.

Les travaux préparatoires de la Politique à l'égard du soutien à offrir aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leurs proches sont terminés. La politique devrait être rendue publique sous peu. Un plan d'action quant à sa mise en œuvre a également été préparé; il décrit le chantier à mettre en place au cours des cinq prochaines années afin d'atteindre les résultats visés.

5.6.1.5 Trouble envahissant du développement (TED), et autisme

Le Ministère a annoncé la création d'un comité consultatif chargé de concevoir un plan d'action pour assurer la disponibilité et l'accessibilité des services nécessaires aux personnes qui ont un trouble envahissant du développement et à leurs proches. Ce comité doit déposer son rapport en décembre 2001.

La réinsertion sociale des personnes hébergées

Le Ministère a donné son appui à de nouvelles démarches visant la réinsertion sociale des personnes aux prises avec une déficience intellectuelle encore hébergées en institution, notamment à l'hôpital Saint-Julien et à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Le soutien à l'intégration sociale des personnes handicapées

Afin de soutenir l'intégration sociale des personnes handicapées, le Ministère s'est engagé avec différents partenaires dans la réalisation de travaux visant une plus grande accessibilité de l'ensemble des services publics destinés à la population.

Comité provincial pour l'intégration des enfants handicapés en services de garde

Un guide destiné à promouvoir une action concertée pour faciliter l'intégration des enfants handicapés dans des services de garde a été préparé par le comité provincial sous la responsabilité du ministère de la Famille et de l'Enfance. Il a été soumis à la consultation au cours de la dernière année; sa diffusion est prévue pour juin.

Rédigé à l'intention des intervenantes et des intervenants des trois réseaux (MFE, MEQ, MSSS), ce guide se veut un outil de travail. Il précise la contribution de chacune des personnes en cause dans une situation où il s'agit d'intégrer des enfants handicapés dans un centre de la petite enfance et dans une garderie scolaire.

Complémentarité MSSS-MEQ

Un groupe de travail interministériel (MSSS-MEQ) a été mis en place au cours de la dernière année afin de définir les responsabilités des deux réseaux quant aux besoins des enfants et des adultes handicapés et des jeunes en difficulté qui fréquentent l'école ou qui reçoivent des cours de formation professionnelle. Le groupe s'intéresse également aux services de prévention et de promotion ainsi qu'aux services de garde scolaire.

Transport adapté

Le programme d'aide au transport adapté pour les personnes handicapées fait l'objet d'une révision actuellement, sous la responsabilité du ministère des Transports. Les enjeux majeurs de cette démarche sont les modes d'organisation des services de transport et leur financement.

Le Ministère participe activement à la réalisation de ce mandat et fait partie du Comité directeur interministériel sur le transport adapté. Le Ministère est, en effet, fort préoccupé par la recherche de solutions pour contrer la pénurie de services dans le transport adapté. Le vieillissement de la population représente, sans aucun doute, une composante majeure de cette problématique puisque, pour les personnes handicapées, le fait de pouvoir se déplacer est étroitement lié à leur intégration sociale et professionnelle.

Le Ministère a d'ailleurs entrepris une opération de recensement dans son propre secteur d'activité. On procédera, en effet, à une collecte de données afin de répertorier tous les transports effectués à titre palliatif par le réseau de la santé et des services sociaux.

Ajouts budgétaires

Le Ministère à injecté près de 18 millions de dollars pour aider les personnes aux prises avec une déficience intellectuelle et celles qui ont un trouble envahissant du développement (TED) ainsi que leur famille, soit :

- 10 millions de dollars pour les listes d'attente (services de réadaptation en déficience intellectuelle et soutien aux familles, avec demande d'apporter une attention particulière aux TED);
- 6 millions de dollars pour l'intégration sociale (3 millions de dollars pour l'hôpital Saint-Julien et 3 millions de dollars pour l'hôpital Rivière-des-Prairies);
- 1,9 million de dollars spécifiquement pour les troubles envahissants du développement (décembre 2000).

Une somme totalisant 15,52 millions de dollars a été investie dans le secteur de la déficience physique; soit :

- 9,3 millions de dollars pour les services spécialisés en réadaptation destinés aux six régions du Québec qui étaient parmi les plus démunies sur ce chapitre;
- 1,72 million de dollars en déficience auditive (1,57 million de dollars pour les implants cochléaires et 0,15 million de dollar pour les services d'interprétariat);

- 2,8 millions de dollars pour les services en déficience du langage et de la parole (décembre 2000);
- 1,7 million de dollars pour les aides techniques.

5.7 Activités communautaires

Secteur organismes communautaires

Le Programme de soutien aux organismes communautaires s'adresse aux organismes communautaires et aux bénévoles qui sont actifs dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il a pour objectifs de favoriser la reconnaissance et la promotion de l'action communautaire et bénévole, d'offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes communautaires et de les appuyer financièrement.

Les régies régionales assument la responsabilité de l'évaluation et de l'attribution des subventions aux organismes communautaires à rayonnement local ou régional. Le Ministère est responsable, quant à lui, des organismes à rayonnement national, des organismes qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux, des regroupements nationaux d'organismes communautaires de la région sociosanitaire des territoires Cris de la Baie James.

Au cours du dernier exercice financier, les dix-sept régies régionales ont accordé des subventions pour un montant total de 227 241 770 $ à plus de 2 700 organismes communautaires. De son côté, le Ministère a accordé des subventions totalisant 4 913 110 $ à plus de cent organismes.

Le Ministère a poursuivi plusieurs travaux sur des dossiers auxquels ont participé divers organismes communautaires. Ainsi, il a collaboré avec le Secrétariat à l'action communautaire autonome à l'élaboration d'une politique gouvernementale de reconnaissance et de financement des organismes communautaires. Il s'est concerté également avec l'Office des personnes handicapées du Québec, avec le ministère de la Famille et de l'Enfance, et avec le Secrétariat à l'action communautaire pour attribuer des subventions aux organismes communautaires. Le Ministère a aussi participé à la démarche de réflexion sur l'état de développement et sur les perspectives de soutien et de financement des maisons de jeunes au sein d'un comité travail. Un budget additionnel de 3 M $ a été accordé pour la consolidation de 269 maisons de jeunes et la mise en place de quinze nouvelles.

Conjointement avec la Société d'habitation du Québec et la Société centrale d'hypothèque et de logement, le Ministère a collaboré au Programme d'amélioration des maisons d'hébergement (PAMH) pour les femmes victimes de violence conjugale. Ce programme est maintenant offert aux maisons d'hébergement dépannage pour jeunes en difficulté. Au cours de l'année 2000-2001, plus de 50 maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence ont bénéficié dudit programme, soit pour des besoins de rénovation ou pour améliorer la sécurité des maisons.

À l'occasion de la marche mondiale des femmes, et en rapport avec les orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles, le Ministère a contribué à augmenter le financement des centres d'aide pour les victimes d'agressions sexuelles (C.A.L.A.C.S.) (1 500 000 $) et celui des organismes communautaires Espace (370 000 $). Ces sommes se sont ajoutées au montant de 1 M $ qui a été alloué pour la mise en place de centres désignés pour recevoir les victimes d'agressions sexuelles, et au montant de 1 300 000 $ pour la formation des intervenantes et intervenants en la matière.

Au cours de l'année écoulée, plus de 1 200 organismes communautaires ont pu bénéficier de la redistribution des sommes perçues (11 554 218 $) au moment de la grève du personnel infirmier, en 1999. La moitié du montant a été distribué à des organismes consacrés aux besoins des femmes et pour contrer les diverses problématiques associées à la violence. Le reste des sommes perçues a été attribué à des organismes communautaires dont la vocation s'inscrit à même les priorités du Ministère.

5.8 Secteur Économie sociale

Les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD)

L'année 2000-2001 a constitué la quatrième année d'application du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). Ce programme permet aux personnes admissibles d'être exemptées d'une partie des coûts de services d'aide domestique pouvant varier entre 4,00 $ et 6,00 $ l'heure selon la situation financière et la taille du ménage. En plus de favoriser l'accès à un service d'aide domestique, ce qui permet souvent le maintien des personnes dans leur milieu, ce programme vise également à contrer le travail au noir et à créer des emplois de qualité.

En date du 31 mars 2001, un montant de près de 28 M $ avait été versé aux 103 entreprises reconnues et accréditées sur le territoire québécois. Ces entreprises ont permis à 3 800 personnes d'intégrer le marché du travail et d'offrir des services d'aide domestique à quelques 51 857 ménages dont la majorité étaient formés d'individus de plus de 65 ans.

Les centres de ressources périnatales

Depuis le Sommet sur l'Économie et l'Emploi de 1996 — le Ministère, en collaboration avec des partenaires — a poursuivi les efforts destinés à soutenir le projet expérimental entourant la mise en place de centres de ressources périnatales. Ainsi, neuf centres ont été inscrits à l'expérimentation alors qu'un dixième et dernier devrait s'ajouter d'ici peu; on les retrouve dans huit régions différentes. Ces ressources offrent aux jeunes familles des services diversifiés couvrant les périodes pré, post, et périnatales.

Le Ministère a également soutenu le processus d'évaluation du projet dont les résultats devraient lui être transmis au cours de la nouvelle année.

Secteur Ressources intermédiaires

Le Ministère poursuit les travaux visant la mise en œuvre des articles de la Loi régissant les ressources intermédiaires. Ainsi, à la suite de l'adoption des modifications législatives relatives à la définition et aux modalités de rétribution, le Ministère et les régies régionales ont retenu la recommandation du comité de travail privilégiant une échelle unique des taux de rétribution, dont l'application débutera dès l'implantation du cadre de référence des ressources intermédiaires.

Le Règlement établissant la classification des services, le Règlement de contribution des usagers, l'échelle de taux de rétribution de même que les modalités générales qui leur sont applicables ont tous été adoptées au cours du dernier exercice financier. Des comités de travail — composés de représentantes et de représentants d'autres ministères, d'organismes ou d'associations — ont été formés afin que l'ensemble des partenaires soit informés et consultés quant aux conséquences de cette opération.

Des mécanismes de diffusion d'information ont été instaurés afin que les nouvelles règles régissant les ressources intermédiaires soient connues et interprétées uniformément sur l'ensemble du territoire québécois. Des travaux sur la fiscalité des ressources intermédiaires ont également été entrepris; ils permettront d'implanter le cadre de référence des ressources intermédiaires au cours de la prochaine année.

Ressources de type familial

Le Ministère a participé aux travaux visant à analyser la pratique professionnelle en matière d'encadrement des familles d'accueil.

Ces travaux visent essentiellement à concrétiser les recommandations contenues dans le rapport Cloutier.

Au cours du dernier exercice financier, le Ministère a investi sur ce chapitre 3,7 M $ (récurrent à 5 M $) répartis de la façon suivante :

- 2 M $ comme forfaitaire aux familles d'accueil pour le remboursement des dépenses des jeunes qui y séjournent;
- 1,75 M $ pour augmenter le nombre d'intervenantes et d'intervenants, et pour accroître le soutien professionnel aux familles d'accueil ainsi qu'aux jeunes placés en maison d'hébergement.

Le Ministère a participé à la création d'un Comité de travail sur le partenariat avec les résidences d'accueil. Les travaux de ce comité devraient se poursuivent au cours de l'année 2000-2001. Le Ministère a également achevé les travaux portant sur la fiscalité et la taxation des services en rapport avec les ressources de type familial.

Le Bureau du partenariat économique

Créé en juillet 1997 et rattaché à la Direction générale du budget, des investissements et des technologies de l'information en janvier 1999, puis à la Direction générale des services à la population en juin 2000, le Bureau du partenariat économique est issu de la volonté ministérielle de faire reconnaître le secteur public de la santé et des services sociaux comme un véritable levier de développement économique au Québec. Aussi, le Bureau constitue, pour le milieu des affaires du domaine de la santé, l'interlocuteur ministériel avec lequel les entreprises peuvent s'entretenir directement.

Au cours de l'année, le Bureau du partenariat économique a été sollicité pour évaluer quatre projets de partenariat pour le réseau de la santé et des services sociaux : un projet a été réalisé et les trois autres font l'objet de discussions. Des six autres projets qui avaient débuté l'an dernier, un projet est terminé, deux autres sont en suspens tandis que les trois derniers sont toujours en voie de préparation.

Sur le plan des interventions gouvernementales, le Bureau du partenariat économique a véhiculé les nouvelles orientations en matière de partenariat d'affaires dans toutes les discussions sur les propositions de partenariat qui lui ont été transmises. Il les a communiquées notamment au colloque sur les orientations stratégiques et technologiques des ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux, qui a lieu en juin 2000. Le

Bureau a conçu une série de principes sur ce sujet qui seront déposés à l'occasion du colloque mentionné plus haut, de juin 2001, tenu par le Ministère.

Sur le plan international, le Bureau a participé à trois missions institutionnelles et commerciales au Brésil en juin, en août et en novembre 2000. Les représentantes et les représentants gouvernementaux ont travaillé depuis à articuler et à coordonner plusieurs activités de suivi découlant des résultats obtenus.

Les deux dernières missions ont permis de définir de nouveaux secteurs, autres que pharmaceutiques, tels la vente de produits phytologiques, gérontologiques, d'équipements et de fournitures médicales, le transfert de savoir-faire dans les technologies de l'information et, notamment, le regroupement informatisé des achats, la télémédecine, l'administration de services en génie biomédical, la construction de laboratoires pharmaceutiques et leur adaptation sur le plan technologique pour qu'ils répondent aux normes internationales, et enfin la mise en place de laboratoires de recherche en bioéquivalence et en biodisponibilité pour les médicaments génériques. Le Bureau s'attend à recevoir des demandes d'autres États du Brésil car ses interventions et celles des intervenants québécois sont maintenant connues en dehors de l'État de Goiás.

Par ailleurs, le Comité de coordination du Projet Brésil, composé de représentantes et de représentants des ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Industrie et du Commerce, des Relations internationales, de l'Institut de réadaptation de Montréal, de la Régie régionale de l'Outaouais et de deux associations professionnelles d'entreprises, a tenu une réunion au cours de l'année pour assurer le suivi et l'information sur les différentes activités de chacune des parties dans ces échanges avec le Brésil. Par ailleurs, le Ministère a tenu une rencontre avec les entreprises qui participent au Projet Brésil, ces dernières ayant exprimé leur grande satisfaction par rapport à l'appui et aux interventions du Ministère.

Les échanges du Bureau avec la France ont entraîné une visite conjointe de centres hospitaliers français d'importance avec des gens de la Société pour l'implantation du centre hospitalier de l'Université de Montréal (SICHUM) et du Comité d'implantation de projet McGill. Les échanges visaient à étudier les modes d'organisation des activités de soutien (buanderie, services alimentaires, pharmacie et inventaires), notamment au regard des éléments suivants : la déconcentration de ces activités par rapport à l'installation hospitalière, les conséquences sur l'investissement en capital et les coûts de fonctionnement des établissements, et le bien-fondé de la mise en commun de tels services. Les constatations émises à l'occasion de la mission alimentent les échanges sur les activités logistiques des deux projets de réinstallation des CHU de Montréal.

Enfin, le Bureau a continué à suivre les activités commerciales relatives aux vitrines technologiques; une entreprise a presque complètement payé les redevances qu'elle s'était engagée à payer tandis que, dans l'autre cas, le suivi se poursuit.

L'approvisionnement et les activités de soutien

En 2000-2001, les achats négociés par l'ensemble des corporations régionales d'approvisionnement, dont le mandat consiste à regrouper les achats de biens et de services des établissements du réseau, ont représenté plus de 38 % des achats globaux, soit une somme de 558 932 500 $, sur un montant total de 1 468 005 514 $ de biens et de services pouvant être négociés en groupe. Cette activité a permis de réaliser des économies estimées à plus de 56 000 000 $.

Le Ministère a fourni une expertise aux organismes d'approvisionnement en commun et aux établissements au sujet du règlement des dossiers complexes. La réglementation et les méthodes d'acquisition dans le domaine de l'approvisionnement sont en voie de révision, conformément à l'application des accords de libéralisation des marchés publics et de la Politique sur les marchés publics.

Le Ministère participe également aux travaux de différents comités interministériels liés aux marchés publics. En tant que ministère sectoriel, il doit s'assurer que la Politique sur les marchés publics est appliquée par l'ensemble des établissements du réseau. C'est pourquoi le Ministère siège au sein du Comité de coordination pour la mise en œuvre de la Politique sur les marchés publics, dont le mandat consiste à voir à l'application de cette politique d'une manière uniforme, en plus de s'assurer de la cohérence des actions prises par les administrations publiques.

De plus, afin de mettre en application une des orientations de la Politique sur les marchés publics touchant le développement économique du Québec et de ses régions et favorisant l'utilisation des technologies québécoises, un comité de dépistage de projets stratégiques liés aux marchés publics a été mis en place; le Ministère y est également associé.

Enfin, le Ministère a participé à différentes rencontres du Conseil québécois des marchés publics, personne morale à but non lucratif, qui regroupe sur une base volontaire tout organisme public qui

exerce des activités reliées au domaine des marchés publics. Il a été constitué afin de mettre en place un réseau d'échanges et de coopération des acheteurs publics en simplifiant l'accès à l'ensemble de l'information, et pour informer ses membres des nouvelles lois, tendances et technologies, et des meilleures pratiques en cours. Le Conseil a également comme mandat de sensibiliser les instances ministérielles aux préoccupations des acheteurs publics, de favoriser l'adhésion à des règles d'éthique, de rechercher et de proposer des solutions adéquates aux problèmes rencontrés dans le domaine des marchés publics et de favoriser les échanges d'idées, d'information et d'expertises entre ses membres.

Dans le même ordre d'idées, le Ministère a participé à la préparation d'une tournée d'information nationale sur la Politique sur les marchés publics, adoptée en décembre 1999 en remplacement de la Politique d'achat du Québec. Cette tournée, qui a eu lieu d'avril à juin 2000, a permis à toutes les personnes qui interviennent en matière d'approvisionnement dans les différents réseaux et organismes, dont le réseau la santé et des services sociaux, de se familiariser avec cette nouvelle politique.

5.9 L'adaptation à l'an 2000

En octobre 1998, le Ministère créait la Direction générale de l'adaptation à l'an 2000 (DGAA 2000) afin de s'assurer que le réseau de la santé et des services sociaux franchisse le cap de l'an 2000 sans problème.

Grâce à un travail d'équipe efficace et à une préparation systématique de toutes les instances en cause, le réseau de la santé du Québec a effectivement franchi en douceur le passage à l'an 2000.

Au cours du dernier exercice financier, les établissements du réseau et les régies régionales ont achevé de mettre en place les mesures d'adaptation et précisé quelles étaient les dépenses admissibles à ce sujet, conformément aux modalités établies. Le 30 juin, la DGAA 2000 a donné son approbation finale aux dépenses liées au passage à l'an 2000, en acceptant toutefois une période de révision des dossiers destinés aux dernières conciliations. Le 23 novembre 2000, la DGAA 2000 transmettait les résultats finaux à chacune des régies régionales et procédait à la fermeture complète de la banque provinciale de données.

Bilan de l'opération l'an 2000

Au cours de l'opération, la DGAA a traité 23 222 demandes de financement présentées par les régies régionales, totalisant 163,1 millions de dollars. De ce nombre, 22 304 demandes ont été acceptées, en tout ou en partie, et 918 ont été refusées. L'estimation finale des coûts d'adaptation approuvés par le Ministère s'élève à 150,7 millions de dollars, comparativement à la prévision antérieure de 185,2 millions de dollars.

La DGAA 2000 a également procédé à l'archivage des documents traitant de la conformité à l'an 2000, émanant des différents fournisseurs. Ces données seront conservées au nom de l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour une période légale de cinq ans.

L'opération an 2000 dans le réseau est terminée et le Ministère a mis fin aux activités de la DGAA 2000, le 31 mars 2001.

5.10 Services préhospitaliers d'urgence

Le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence a rendu publics les résultats de ses travaux, le 15 décembre dernier. Pour assumer son mandat, le Comité national, présidé par M. André Dicaire, était composé de seize membres de diverses disciplines qui, par leur connaissance du milieu, leur compétence et leurs expériences variées, ont jeté un regard éclairé et réaliste sur le système hospitalier et ainsi permis de trouver des solutions structurantes.

S'appuyant sur les constats du vérificateur général, sur les observations et les conclusions de la Commission de l'administration publique, ainsi que sur des études et des analyses produites par de nombreux groupes de travail et d'experts, le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence soumet près d'une centaine de recommandations et un plan d'action comportant des mesures prioritaires et stratégiques à mettre en place au cours des cinq prochaines années; ces recommandations ont reçu l'accord unanime de tous les membres du comité.

Les autorités ministérielles ont reçu favorablement les orientations qui se dégagent du rapport. Celles-ci fondent la mission des services préhospitaliers d'urgence au Québec sur l'assurance qu'en tout temps, les personnes qui font appel à ces services recevront une réponse appropriée, efficace et de qualité dont l'objectif est de réduire la mortalité et la morbidité, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus.

Dans la foulée du rapport, le Ministère a procédé, en février 2001, à la création de la Direction des services préhospitaliers d'urgence, afin de soutenir — en collaboration avec les régies régionales et les différents partenaires visés — la mise en place, dans toutes les régions du Québec, d'une

chaîne d'intervention comprenant des maillons intégrés entre eux et avec le réseau sociosanitaire.

L'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec représente un budget annuel de 214 millions de dollars, répartis dans chacune des régions sociosanitaires.

Au cours de la dernière année, environ 475 000 transports ambulanciers ont été réalisés grâce au travail de près de 140 entreprises ambulancières, incluant la Corporation d'urgences-santé, qui compte plus de 3 100 techniciennes et techniciens ambulanciers soutenus par une expertise médicale de pointe.

5.11 La santé physique

La contention et l'isolement

L'article 118.1 de la Loi sur la santé et les services sociaux stipule que la contention et l'isolement constituent des mesures minimales et exceptionnelles et qu'elles doivent être utilisées uniquement pour éviter que l'individu en cause puisse s'infliger des blessures ou en infliger à autrui. Cet article prévoit aussi la préparation de lignes directrices sur l'utilisation de ces mesures qui serviront de balises aux protocoles des établissements.

Afin de satisfaire à cet article de loi ainsi qu'aux préoccupations actuelles quant à l'utilisation de ces mesures, tout en précisant les éléments qui devront être inclus dans ces lignes directrices, le Ministère a formé un comité composé d'expertes et d'experts issus du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire, et de personnes qui utilisent les services de la Direction de la santé physique.

Le comité a entamé la rédaction d'un document, qui définit notamment six principes directeurs appelés à guider l'utilisation et l'application des mesures de contention et d'isolement. Destiné à tous les établissements qui travaillent avec les personnes susceptibles d'être visées par ces mesures, le document précise d'entrée de jeu que le Ministère vise à réduire leur utilisation et qu'il propose à cette fin une philosophie d'intervention centrée sur la personne et sa famille.

Le document doit être achevé en juin 2001. Il sera suivi d'un vaste plan d'action visant à appliquer les recommandations qui y seront formulées.

Services intégrés

À l'occasion du Forum sur les urgences, tenu le 19 juin dernier, le Ministère annonçait la création d'un fonds récurrent de 8 millions de dollars, pour soutenir les milieux qui adoptent une véritable approche intégrée dans l'organisation de leurs services.

Les projets financés à même ces crédits doivent rencontrer au moins l'un des critères suivants :

- être destinés soit à l'ensemble, soit à l'une ou l'autre des catégories de personnes suivantes : les gens âgés en perte réelle d'autonomie, les gens atteints d'une importante insuffisance cardiaque, les gens souffrant de problèmes respiratoires chroniques graves;
- mettre en place ou consolider la collaboration entre les gens qui offrent des services de première ligne, incluant les cabinets privés de médecins;
- implanter ou renforcer la coordination du réseau autour des malades, notamment par le recours à une intervenante ou à un intervenant pivot;
- investir dans la formation du personnel.

Chacune des régies régionales a été informée du montant qui lui était alloué à l'intérieur de cette opération et elle a été invitée à déposer un ou plusieurs projets au Ministère. La Direction générale des services à la population s'est jointe à la Direction générale des affaires médicales et universitaires pour l'analyse des projets, à la suite de quoi le Ministère a confirmé aux régies régionales.

Lignes directrices en matière d'allaitement maternel

Un groupe de travail a été mandaté pour concevoir des lignes directrices visant à guider les actions du Ministère ainsi que celles du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires en matière d'allaitement maternel au Québec. Le groupe de travail, composé de spécialistes et de personnes intéressées par l'allaitement maternel, a déposé un premier rapport en janvier 2000. Le Ministère a alors procédé à une vaste consultation ayant pour objectif d'évaluer la faisabilité et les effets des recommandations du rapport, qui a été transmis aux destinataires suivants : les régies régionales, les centres hospitaliers qui pratiquent des accouchements, les maisons de naissance, les associations et les ordres professionnels ainsi que des organismes communautaires et des groupes d'entraide à l'allaitement dans chacune des régions. La participation à la consultation a été excellente et les stratégies proposées en vue d'accroître l'intérêt pour l'allaitement maternel ont été très bien accueillies. Afin de tenir compte des commentaires recueillis, des modifications mineures ont été apportées au document, qui a été déposé auprès des autorités du Ministère en mars 2001. Les lignes directrices seront rendues publiques au cours des prochains mois.

Référence au CLSC des prestataires de l'assistance-emploi qui sont enceintes

Afin d'améliorer la santé des mères et des jeunes enfants issus d'un milieu défavorisé, le Ministère, en collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, décidait en 1996 de mettre en place dans les CLSC un programme d'orientation des prestataires de l'assistance-emploi qui sont enceintes. Ce programme a été instauré afin de rejoindre les femmes qui n'utilisent pas ou utilisent peu les services de périnatalité du réseau de la santé et des services sociaux. La responsabilité de l'implanter dans tous les CLE et les CLSC du Québec a été confiée aux régies régionales de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux directions régionales de la sécurité. L'ensemble de l'opération devait s'étendre sur une période de trois ans et se terminer en avril 2000.

Les bilans effectués jusqu'ici ont permis de constater que le programme était en place dans quatorze régions du Québec. Celles qui n'ont pas jugé bon de l'implanter rejoignent déjà les femmes par l'intermédiaire d'autres mesures accessibles sur leur territoire, tels les programmes Naître égaux — Grandir en santé et OLO (œuf, lait, orange), offerts dans de nombreux CLSC.

Les services de soins palliatifs

Le Ministère a confié à l'Association québécoise de soins palliatifs (AQSP) le mandat de tracer un portrait de la situation sur les ressources dans le domaine des soins palliatifs. Cette étude a permis de mieux cerner les personnes visées par les soins de cette nature, de connaître les ressources disponibles, de mesurer l'étendue de la pratique et les disparités régionales, et de mettre en lumière le type de soins offerts dans le domaine; on y proposait également des recommandations pour la mise en place de services de soins palliatifs. Le rapport a été déposé au Ministère, en mai 2000, accompagné d'un rapport régional sur la situation dans chacune des seize régions.

À la suite de ce rapport, un comité ministériel de travail a été formé afin :

- de préciser les éléments qui ont obtenu un accord et ceux qui font l'objet de résistances afin de comprendre les enjeux en cause et de proposer des options susceptibles de faire consensus. Les membres du comité ont également défini les éléments qui exigent une réflexion de longue haleine et suggère les moyens à privilégier pour soutenir les lignes directrices du Ministère en matière de soins palliatifs. Enfin, ils ont préparé les rencontres avec le comité consultatif qui devrait être constitué après le dépôt des résultats des travaux;
- de conseiller et de proposer des solutions visant à résoudre les problèmes cernés et, enfin, de définir les priorités du plan d'action.

Les résultats des travaux de ce comité ont donc été déposés en mars 2001. Le dépôt du cadre de référence du comité est prévu pour décembre 2001.

Médicaments et fournitures offerts aux patientes et aux patients ambulants

Depuis l'entrée en vigueur du Régime général d'assurance médicaments (RGAM), les pratiques de certains établissements, quant à la fourniture de médicaments, ont entraîné l'apparition de situations inéquitables pour les personnes ayant recours à des thérapies ambulatoires. Ces pratiques diffèrent entre les régions et au sein d'une même région. Un comité ministériel a été formé afin de prévoir des dispositions permettant d'assurer l'accessibilité, l'équité et le financement des médicaments, des fournitures et des services pharmaceutiques nécessaires aux patientes et aux patients ambulants pour leur traitement, et d'assurer l'administration de leurs médicaments à domicile, en CLSC, tout comme en centre hospitalier.

À la suite des conclusions émises par les membres de ce comité, le Ministère a procédé à la mise en place d'un plan de transfert des thérapies parentérales ambulatoires vers le milieu communautaire. L'antibiothérapie intraveineuse à domicile est visée dans un premier temps. La mise en place de ce plan sous-entend, notamment, la contribution des régies régionales, à qui on a demandé de concevoir ou de mettre à jour leurs plans d'organisation des services destinés à permettre le transfert vers les CLSC et les pharmacies communautaires (financement par l'entremise du RGAM) des malades dont l'état ne nécessite pas l'utilisation du plateau technique d'un centre hospitalier.

5.12 Le soutien au réseau

L'équipe de la Direction du soutien au réseau assure les liens fonctionnels et opérationnels entre le Ministère et les régies régionales. À ce titre, elle coordonne et appuie un ensemble d'activités ayant trait à la gestion et à l'organisation des services dans chacune des régions et participe étroitement à la réalisation des travaux que nécessitent le suivi des activités du réseau et la contribution du Ministère à divers forums. Cela inclut également l'émission et le renouvellement des permis requis par la Loi sur

les services de santé et les services sociaux, ainsi que par la Loi sur la protection de la santé publique.

Outre ses activités normales visant à soutenir les régies régionales dans l'exercice de leur mandat et à appuyer les autorités ministérielles dans l'exercice de leurs responsabilités quant à la gestion d'ensemble du système sociosanitaire, l'équipe du soutien au réseau a été tout particulièrement mobilisée au cours du dernier exercice financier par :

- l'analyse de la pertinence des mesures soumises par les établissements déficitaires appelés à présenter un plan d'équilibre budgétaire à l'intérieur de l'application de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux;
- la mise en place et le suivi de l'administration provisoire de certains établissements;
- le suivi des plans d'action découlant de vérifications ministérielles qui ont une incidence sur la direction de l'établissement et l'organisation de ses services;
- la production de cahiers régionaux à l'intention des autorités et du personnel du Ministère, regroupant des informations descriptives sur l'organisation des services de santé et des services sociaux dans chacune des régions sociosanitaires du Québec;
- le soutien et le suivi, dans chacune des régions, des dossiers prioritaires reliés aux orientations ministérielles en matière d'organisation de services et d'accès à ces services.

6. Les politiques de main-d'oeuvre

La Direction générale des politiques de main-d'œuvre a pour mandat de concevoir des programmes et de réaliser des études et des recherches permettant de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs de main-d'œuvre. Elle mobilise les partenaires du Ministère dans l'application des orientations en matière de ressources humaines et elle négocie des conditions de travail favorisant l'accès aux services et la prestation de services de qualité.

La direction a également pour mandat de représenter le Ministère pour tout ce qui concerne la préparation, la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes, des régimes et des mesures touchant le personnel cadre et salarié du réseau, le personnel professionnel de la santé et l'organisation afférente aux services régionaux et locaux. Afin de répondre aux différents volets de son mandat, elle s'occupe des relations avec les instances syndicales et corporatives ainsi qu'avec les régies régionales et les autres partenaires du Ministère, en plus de coordonner les différents processus de négociation, de liaison, de concertation et de communication, et d'intervenir à titre de participant ou de décideur dans les situations et les dossiers nécessitant un soutien d'ensemble ou spécialisé.

La direction doit mener des études, des recherches et des analyses liées à la planification et au développement des ressources humaines ainsi qu'à la rémunération et aux autres conditions de travail et d'exercice, proposer des orientations et des politiques en ces matières et coordonner l'application générale et le suivi des programmes et des mesures qui en découlent. Enfin, elle conseille le Ministère en matière de planification et de développement des ressources humaines de même qu'en matière de relations et de conditions de travail, et fournit aux partenaires ainsi qu'aux instances du réseau l'expertise et l'assistance nécessaire en ces domaines.

6.1 Le personnel salarié du réseau

6.1.1 La signature des conventions collectives pour l'année 2000-2002

La période 2000-2001 a été marquée par la conclusion des négociations des conventions collectives du personnel salarié des établissements publics et privés conventionnés de santé et de services sociaux et par la signature des conventions collectives à compter de mai 2000.

Les ententes avec les organisations syndicales prévoient des augmentations générales des échelles de salaire de 1,5 % au 1er janvier 1999 et de 2,5 % pour les années 2000-2001 et 2002. Le personnel infirmier, de même que les techniciennes et les techniciens de la santé, ont obtenu un ajustement salarial particulier et l'assurance que les travaux conjoints avec le gouvernement sur les relativités salariales se poursuivront. Ils ont également obtenu un montant forfaitaire de 3 % pour 1999. Les primes de disponibilité, de nuit et de sécurité ont été aussi ajustées à la hausse ou étendues à de nouvelles catégories de personnes salariées.

Des modifications ont en outre été apportées au régime de retraite relativement aux critères d'admissibilité, à l'accumulation des années de service pour les personnes salariées qui travaillent à temps partiel, à l'indexation des rentes, à la réduction temporaire du taux de cotisation et à la revalorisation des crédits de rente.

Sur le plan normatif, les principales modifications touchent l'assurance salaire quant à la définition de l'invalidité et de l'arbitrage médical. Elles touchent aussi la conversion des heures de remplacement en postes réguliers pour réduire la précarité des emplois et permettent une meilleure équité entre les personnes salariées travaillant à temps plein et celles travaillant à temps partiel quant à la compensation en pourcentage de certains avantages sociaux (congés fériés, vacances, congés de maladie). D'autres modifications s'appliquent à l'orientation des personnes nouvellement salariées, à l'ancienneté, aux congés sans solde et aux titres d'emploi.

En ce qui à trait à la sécurité et à la stabilité d'emploi, les mandats des services régionaux de main-d'œuvre ont été reconduits, tandis que les ententes avec les organisations syndicales prévoient dorénavant la formation de comités paritaires régionaux chargés d'effectuer un suivi du processus de replacement. Un comité national a été institué pour régler les difficultés liées aux réorganisations entre établissements.

6.1.2 La sécurité et la stabilité d'emploi

Des efforts particuliers ont été déployés pour réduire les banques de personnel bénéficiant de la sécurité et de la stabilité d'emploi. Grâce à l'injection de sommes non récurrentes de la part du Ministère, les régies régionales ont travaillé à trouver des solutions pour régler plusieurs dossiers. Ainsi, en

date du 31 mars 2001, un total de 512 personnes bénéficiaient de la sécurité d'emploi, comparativement à 712 l'an dernier. Du côté du personnel cadre, 317 personnes profitent actuellement de ces mesures, alors que leur nombre s'élevait à 470 l'an dernier.

6.1.3 Le dossier du personnel infirmier

La pénurie du personnel infirmier a entraîné plusieurs travaux de réorganisation dans les établissements, dont ceux reliés au fardeau de tâches et à la conversion des heures de remplacement en postes. Le Ministère a également mis en branle un plan de contingence, à l'été 2000, pour maintenir les soins tout en accordant des vacances au personnel en cause.

Ainsi, le Ministère, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, les régies régionales, les cégeps et Emploi-Québec ont mené une opération d'envergure pour attirer dans les établissements des infirmières et des d'infirmiers qui n'avaient pas exercé la profession depuis quelques années. À cette fin, on leur a offert de mettre à jour leurs connaissances et on leur a garanti un certain nombre d'heures de travail. Cette opération aura permis d'augmenter l'effectif infirmier de plus de 500 personnes au cours des deux dernières années.

L'accès à l'externat en soins infirmiers pour les étudiantes et les étudiants ayant terminé une deuxième année au collégial, ou 60 crédits en vue de l'obtention d'un baccalauréat, a permis d'intégrer 522 recrues dans le réseau pour l'été, ce qui a contribué à maintenir les soins dans les établissements en cause et d'aider le personnel infirmier dans son travail quotidien.

Le recrutement d'infirmières étrangères, en provenance surtout de France, de Belgique et de Suisse, a permis un ajout de 170 personnes à l'effectif infirmier québécois au 31 mars 2001; les autres infirmières recrutées sont arrivées au fur et à mesure qu'elles étaient libérées de leurs obligations envers leurs employeurs.

6.2 Le personnel d'encadrement du réseau

6.2.1 Modifications aux conditions de travail

Les pourparlers avec les associations représentatives des personnes cadres et hors cadres du réseau se sont conclus en 1999-2000, et l'année 2000-2001 a été consacrée à la rédaction des règlements concrétisant ces pourparlers ainsi qu'à des discussions avec le Conseil du trésor pour les matières à incidence pécuniaire. Les modifications portent sur certaines dispositions normatives des conditions de travail, notamment sur celles ayant trait à la stabilité d'emploi, à la classification, à la cotisation professionnelle, aux mécanismes de recours et au développement des compétences.

Des discussions ont eu cours entre le Secrétariat du Conseil du trésor et les associations représentatives des personnes cadres des secteurs de l'éducation, de la fonction publique et de la santé et des services sociaux sur les paramètres d'ajustement de la rémunération et sur les modifications à apporter au régime de retraite du personnel d'encadrement. Quant au boni au rendement, une proposition conjointe du Ministère, des associations de personnes cadres et hors cadres et des associations d'employeurs a été acceptée par le Conseil du trésor. Cette proposition est basée principalement sur la définition, par le conseil d'administration, de méthodes d'amélioration de la performance des établissements.

6.2.2 La classification

Un effort particulier a été réalisé, en 2000-2001, pour mettre à jour la classification des personnes hors cadres et des cadres supérieurs. Compte tenu des transformations et des regroupements d'établissements effectués dans le réseau, un comité spécial s'est penché sur la classification des emplois de personnes cadres de premier niveau en soins infirmiers dans les centres hospitaliers. De plus, de nouvelles modalités de gestion quant à la classification ont été introduites dans les conditions de travail; elles sont basées sur une plus grande transparence et sur un échange d'informations entourant la classification des postes de cadres.

Parmi ses activités courantes, la direction générale s'est surtout investie dans les travaux liés à l'interprétation des décrets de conditions de travail des personnes cadres ainsi qu'à la validation des contrats d'engagement des directrices et des directeurs généraux.

6.3 Le Programme santé et sécurité du travail dans le réseau

En vertu de son mandat, le Programme SST-Réseau définit et diffuse les lignes directrices du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui a trait à la gestion de la présence au travail. Ce programme représente également le réseau auprès des instances concernées (Conseil du trésor, CSST, CPQ, etc.). De plus, il définit, reçoit et analyse les

indicateurs de gestion relatifs à la présence au travail. Il doit également s'assurer que les outils de gestion en la matière sont de qualité et en quantité suffisante.

Représentation

L'une des activités du Programme SST-Réseau est de faire reconnaître les particularités du réseau de la santé et des services sociaux par les divers interlocuteurs du Ministère, tels la CSST, le Conseil du trésor et le Conseil du patronat du Québec. Au cours de la dernière année, une analyse des modifications apportées au projet de Règlement sur la qualité du milieu de travail (maintenant appelé Règlement sur la santé et la sécurité du travail) a été effectuée.

Les responsables du Programme SST-Réseau ont maintenu leur participation au cours de la dernière année — en collaboration avec les partenaires des réseaux public et parapublic — au forum gouvernemental auquel ont notamment collaboré le Secrétariat du Conseil du trésor, les associations d'employeurs du réseau de la santé et des services sociaux, de même que les représentantes et les représentants des secteurs de la fonction publique et de l'éducation.

Services de consultation en assurance salaire

Les services de consultation en assurance salaire visent à soutenir les employeurs qui n'ont pas accès à des spécialistes en la matière. Tel que prévu, la fréquence d'utilisation de ces services a sensiblement diminué au cours de la dernière année en raison de la diffusion d'un guide de gestion à l'intention des responsables du régime d'assurance salaire et de la disponibilité grandissante des services intégrés de soutien à la gestion dans plusieurs régions du Québec. En effet, on peut maintenant avoir recours à ce type de services dans les régions suivantes : l'Outaouais, l'Estrie, la Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine, le Bas-Saint-Laurent, Québec et Montréal.

Plan d'action en gestion de la présence au travail

Compte tenu de l'augmentation de 27 % des heures payées par l'assurance salaire de 1993-1994 à 2000-2001, le Ministère a institué un comité de travail national — au sein duquel le Programme SST-Réseau a joué un rôle de premier plan — afin d'étudier le problème et de rechercher des solutions. Ce comité de travail a terminé ses travaux en novembre 2000, et il a émis une série de recommandations, dont la mise en place d'un plan d'action ministériel relatif à la gestion de la présence au travail.

Le Programme SST-Réseau est responsable, sur une base triennale, de la mise en œuvre du plan d'action ministériel découlant des travaux du comité de travail et qui touche les volets suivants :

- sensibilisation du réseau et de ses partenaires aux problèmes relatifs à la présence au travail;
- mise en place d'une base de données nationale (indicateurs de gestion sur les différents régimes d'invalidité);
- évaluation, services de consultation et transfert d'expertise;
- promotion de la santé et prévention des lésions professionnelles;
- organisation du travail.

Allocation directe / chèque emploi-service

Au cours de l'année 2000-2001, les responsables du programme Allocation directe/chèque-emploi service ont conclu une entente avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail afin d'offrir aux personnes se prévalant du programme la protection de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette entente est entrée en vigueur le 1er janvier 2001 et les responsables du programme ont été chargés d'en assurer l'application.

6.4 Le personnel professionnel de la santé

Accords et ententes avec les fédérations et les associations

Dans la foulée des négociations avec les employés des secteurs public et parapublic, la ministre et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont convenu, au cours de la dernière année, d'appliquer le protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2001-2002.

Ce protocole a eu pour résultat de prolonger la durée d'application de l'Accord-cadre d'octobre 1995 pour une année supplémentaire, soit du 1er avril 2001 au 31 mars 2002. On y traite des éléments suivants : l'effacement des déficits accumulés, l'accord aux médecins des augmentations consenties aux personnes salariées issues des secteurs public et parapublic, l'utilisation, pour l'année 2001-2002, d'un facteur de croissance permettant de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale et, enfin, l'établissement d'une nouvelle base budgétaire destinée à définir l'enveloppe devant

servir à la rémunération des spécialistes pour les deux dernières années de l'entente.

Le Ministère acceptait, à cette même occasion, d'ajouter à l'enveloppe financière accordée aux médecins spécialistes un montant de l'ordre de 27 millions de dollars dont 10,5 millions de dollars pour rémunérer les médecins omnipraticiens reconnus comme médecins spécialistes par le Collège des médecins dans les nouvelles spécialités de la génétique médicale et de la médecine d'urgence. Un montant de 14,3 millions de dollars a aussi été dégagé afin de concrétiser et de mettre en vigueur certaines priorités retenues par les autorités ministérielles en vue de maintenir et d'attirer des effectifs médicaux spécialisés en région.

En ce sens, la modification n° 22 à l'Accord-cadre faisait passer de 70 % à 100 % la rémunération des médecins spécialistes exerçant dans certains établissements situés en périphérie des milieux universitaires. De plus, la majoration incitative de la rémunération de base passait de 20 % à 40 % pour les médecins spécialistes établis depuis trois ans dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine. Cette majoration devenait effective immédiatement dans les secteurs isolés.

De nouvelles mesures incitatives ont également été préconisées afin d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés pour les populations des régions intermédiaires et des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

Sur le plan tarifaire, le protocole de septembre 2000 a permis de dégager une somme de l'ordre de 107,1 millions de dollars que les parties prenant part à la négociation ont commencé à distribuer dans l'ensemble de la tarification à la faveur des amendements apportés à l'Accord-cadre d'octobre 1995 par les modifications n^os^ 23 et 24. Ainsi, une somme de 89,9 millions de dollars a été distribuée au cours de l'année 2000-2001 entre les diverses associations qui composent la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Par ailleurs, l'entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle des médecins spécialistes pour l'année civile 2000 et pour l'année civile 2001 a été renouvelée. La tarification sur une base provinciale proposée par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), pour l'année civile 2001, a permis de réduire la contribution du gouvernement d'un montant de 19,1 millions de dollars. Néanmoins, les discussions se poursuivent en vue de proposer une alternative à l'assurance responsabilité actuelle pour en réduire les coûts. À la suite des travaux effectués jusqu'à présent, deux solutions sont toujours envisagées : le maintien du régime d'assurance de l'ACPM avec une tarification sur base provinciale ou la mise en place d'un fonds d'assurance québécois.

Le renouvellement de l'Entente générale MSSS-FMOQ, échue depuis le 1^er^ avril 1998, a été mené à terme en septembre 2000 grâce à l'Accord-cadre et à l'amendement n° 70 qui intègre les modifications convenues aux textes de l'entente générale. L'Accord-cadre, qui couvre la période du 1^er^ avril 1998 au 31 mars 2002 , a été conclu sur la base des augmentations accordées aux différentes catégories de personnel des secteurs public et parapublic. De plus, le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se sont entendus sur des mesures portant sur des secteurs d'activité aux prises avec certains problèmes.

On a également convenu de mettre en place des mesures pour retenir les spécialistes dans les régions éloignées, d'effectuer un important rattrapage quant au niveau de la rémunération des personnes payées selon des honoraires fixes ou selon un tarif horaire, et d'améliorer les conditions de rémunération du personnel. Offrant des services aux personnes hospitalisées pour des soins de courte durée. Sur ce dernier point, les parties ont conclu une entente particulière visant à permettre une rémunération plus adéquate du personnel offrant des services aux malades admis pour des soins de courte durée sur la base du projet-pilote expérimenté, l'année précédente, au Centre hospitalier régional de Sept-Îles. Cette entente instaure, à l'intention des équipes régulières de médecins, un mode de rémunération à partir d'un forfait quotidien, plus un pourcentage du tarif des actes accomplis.

Sur le plan financier, l'Accord-cadre prévoit l'effacement des déficits constatés au cours des deux premières années couvertes par le renouvellement de l'entente générale. En contrepartie, il prévoit également des moyens de contrôle de l'enveloppe budgétaire globale dévolue à la rémunération des médecins omnipraticiens. Ces mesures, assorties de la constitution d'un fonds de réserve, devraient permettre de résorber, le cas échéant, un dépassement de cette enveloppe dès l'année qui suit un constat de déficit.

Le Ministère et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont également convenu d'ajouter, un amendement, l'amendement n° 69, à l'entente générale, qui a été menée à terme en novembre 2000. Les modifications proposées par cet amendement sont, en très grande majorité, de nature technique ou administrative, à l'exception de celles portant sur les conditions de rémunération du médecin dépanneur. Les parties en présence ont effecti-

vement revu en profondeur toutes ces conditions de rémunération pour les adapter à celles qui s'appliquent aux médecins des établissements et pour couvrir des secteurs d'activité qui font de plus en plus appel au dépannage, à l'obstétrique et aux soins destinés aux malades hospitalisés pour des soins de courte durée.

L'entente intervenue avec l'Association des pharmaciennes et des pharmaciens en établissement de santé (APES) a été signée le 12 septembre 2000. Cette entente prévoit un redressement de l'échelle salariale de 5 % à l'échelon maximum, rétroactif au 1er avril 1999. Les paramètres salariaux sont les mêmes que ceux consentis aux autres personnes salariées du 1er janvier 1997 au 30 juin 2002, date de l'échéance prévue. La semaine de travail de 35 heures a été majorée à 36 heures 15 minutes dès la signature de l'entente. À compter du 1er janvier 2000, les primes de chef de département de pharmacie ont été intégrées aux échelles habituelles.

La Direction des professionnels de la santé poursuit aussi des discussions avec l'Association des optométristes du Québec en vue de prolonger l'entente actuelle pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002 et d'appliquer aux optométristes les paramètres salariaux consentis à l'ensemble du personnel du secteur public et parapublic. Ces discussions ont également pour but de mettre fin aux prélèvements de 3,5 % sur les honoraires versés aux optométristes et d'examiner l'évolution de l'enveloppe budgétaire consentie aux services optométriques.

Un protocole d'entente a été signé, le 14 mars 2000, avec le regroupement Les Sages-femmes du Québec. Cette entente est valable pour la période comprise entre le 1er janvier 1997 et la date de la nouvelle entente, conformément à la Loi sur les sages-femmes sanctionnée le 19 juin 1999. Cette loi contient des dispositions relatives aux contrats de services avec un CLSC et, notamment, la conclusion d'une entente quant aux modes de rémunération. Les discussions avec le regroupement Les Sages-femmes du Québec se poursuivront en 2001.

Des pourparlers se sont déroulés en cours d'année pour le renouvellement de l'entente avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP). Devant l'impasse des négociations sur l'aspect financier de l'entente, les membres de l'Association déposaient à la RAMQ leurs formulaires de non-participation au Régime d'assurance médicaments, qui prenaient effet le 23 février 2001. Pour éviter que les bénéficiaires du régime ne subissent un préjudice, une loi spéciale Loi assurant le maintien des services pharmaceutiques au Québec a été adoptée le 22 février 2001. Un article de cette loi prévoit que le gouvernement peut déterminer par décret ce qui tiendra lieu d'entente entre le Ministère et l'AQPP.

L'Association des chirurgiens dentistes du Québec a déposé, en juin 2000 et en février 2001, deux avis de différend sur l'application de l'entente. Ces avis concernent l'application des paramètres gouvernementaux d'augmentation salariale et le paiement des non-atteintes reliées à l'enveloppe budgétaire prédéterminée. Des pourparlers ont aussi eu lieu pour le renouvellement de l'entente au 1er avril 2001.

La direction a également poursuivi les discussions entourant le renouvellement de l'entente avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, qui expire le 31 mars 2001, et le règlement sur les conditions de travail des biochimistes cliniques.

6.5 La main-d'œuvre non médicale

Le Ministère doit s'assurer d'une adéquation de la demande de main-d'œuvre autant du point de vue quantitatif que du point de vue qualitatif. Le Ministère ne pouvant exercer ce rôle isolément, il doit — à partir de forums ou de groupes de travail — mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations liées à la planification des effectifs et proposer des plans d'action à partir de consensus établis sur la problématique en cause et d'une vision commune entre les associations d'employeurs et les associations de personnel.

Le Ministère a conçu et mis en place un modèle quantitatif de prévision de main-d'œuvre. Ainsi, il pourra prévoir, à court et à moyen terme, les besoins de recrutement pour les différentes catégories d'emploi du réseau afin de planifier en conséquence les besoins de formation de main-d'œuvre avec le ministère de l'Éducation. Plus particulièrement, ce modèle permet de comparer les besoins futurs de recrutement pour les différents titres d'emploi du réseau et de prévoir le nombre de personnes diplômées dans les programmes qui y correspondent.

En plus de ce modèle quantitatif et de l'évaluation permanente qu'il permet, le Ministère a réalisé des travaux plus poussés portant sur des titres d'emplois particuliers. Des groupes de travail sur la planification de la main-d'œuvre pour les technologues en radio-oncologie, les physiciennes et les physiciens médicaux, le personnel infirmier, les pharmaciennes et les pharmaciens, les biochimistes cliniques et le personnel d'encadrement, ont soumis des plans d'action visant à trouver une solution aux pénuries de main-d'œuvre actuelles. Des travaux similaires sont en cours pour les emplois liés aux secteurs de la réadaptation physique et des

services préhospitaliers d'urgence, ainsi que pour les techniciennes et les techniciens qui travaillent dans les domaines de la médecine et des laboratoires, et pour le personnel infirmier.

Soulignons, enfin, qu'une mission de recrutement en France a permis d'accueillir quelque 200 infirmières au Québec.

6.6 Les orientations relatives aux ressources humaines

Au cours de l'année 2000, le Ministère a poursuivi la promotion et la mise en œuvre des orientations en matière de ressources humaines découlant de la Politique de développement des compétences destinée au personnel d'encadrement.

Ainsi, le 28 septembre 2000, le Ministère a organisé un rendez-vous annuel à l'intention des gestionnaires. Cette rencontre avait pour objectif de dévoiler le bilan des réalisations du Comité des partenaires et de proposer des conditions propices à l'implantation de la Politique de développement des compétences.

En décembre dernier, le Ministère lançait le projet-pilote de bonification d'expérience, destiné à la relève des directrices et des directeurs généraux. L'objectif du projet est d'offrir aux établissements du réseau un bassin adéquat de candidates et de candidats pour le recrutement du personnel de direction en permettant à des individus d'acquérir ou de diversifier leurs expériences de travail afin que leur profil corresponde aux exigences propres de ces fonctions. À la suite du lancement du programme, neuf projets visant l'amélioration de l'expérience ont été retenus.

Par ailleurs, la première édition du Carrefour de l'innovation, destinée à repérer les pratiques innovatrices en matière de gestion dans les établissements du réseau, s'est tenue les 13 et 14 avril 2000. Les objectifs poursuivis consistaient à encourager l'innovation dans le réseau ainsi qu'à transmettre l'expertise acquise en la matière et, enfin, à contribuer au recrutement et à la valorisation du personnel d'encadrement.

7. Les affaires médicales et universitaires

La Direction générale des affaires médicales et universitaires a pour mandat de favoriser l'organisation d'un réseau intégré de services médicaux généraux, spécialisés et ultraspécialisés qui tiennent compte de l'évolution des besoins de la population et du développement des connaissances et des technologies. En plus de planifier la main-d'œuvre médicale et d'en assurer la répartition équitable sur le territoire, elle analyse également l'organisation des services médicaux et propose des moyens pour améliorer l'accès à ces services et la qualité de ces derniers. De façon plus particulière, la direction soutient le réseau hospitalier universitaire dans l'accomplissement de sa mission universitaire et de ses activités médicales, et ce, avec l'appui d'un effectif permanent et celui des groupes de travail formés de représentantes et de représentants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu médical.

7.1 Le réseau universitaire

L'évolution du réseau universitaire a été marquée, cette année, par la continuité et par l'innovation, comme en témoignent les événements suivants :

Le 18 mai 2000, la ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé la création de la Société d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (SICHUM) et la nomination de son président-directeur général, M. Claude Béland; le 5 juin 2000, elle en annonçait la composition. Cette société a pour mandat de planifier et de coordonner l'intégration, sur le site Saint-Denis, des activités des trois hôpitaux du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) actuel.

Le processus de planification a débuté, en janvier 2001, avec la formation de 45 groupes de travail placés sous la responsabilité de 3 comités directeurs. Le Ministère est représenté au sein du Comité directeur sur les soins et services, enseignement et recherche.

Le 18 mai 2000, la Ministre annonçait des investissements en matière d'équipement et d'immobilisation totalisant 48,8 millions de dollars pour le CHUM, répondant ainsi aux demandes d'investissements pour l'année 2000-2001 déjà soumises au Ministère par le Comité opérationnel d'actualisation du plan transitoire d'orientations cliniques du CHUM. Ces investissements vont permettre aux trois hôpitaux du CHUM actuel d'offrir des soins de la meilleure qualité possible avant le transfert de ses activités dans le nouvel hôpital, en 2006.

Enfin, le CHUM a signé son contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, le 20 juin 2000, et il a été désigné comme centre hospitalier universitaire (CHU) par la Ministre le 7 décembre 2000, complétant ainsi le réseau des cinq CHU annoncé.

Un autre événement majeur a marqué le réseau hospitalier universitaire, au cours de la dernière année, soit l'autorisation officielle donnée par la Ministre, le 7 décembre 2000, du début des travaux de construction du Centre mère-enfant du Centre hospitalier universitaire de Québec. La levée de la première pelletée de terre a eu lieu le 20 mars 2001.

Dans la poursuite de la consolidation du réseau hospitalier universitaire, la Ministre a aussi annoncé, le 31 octobre 2000, la désignation de l'hôpital Charles LeMoyne comme centre hospitalier affilié universitaire avec l'Université de Sherbrooke. Cet hôpital devenait ainsi le cinquième centre hospitalier à recevoir une telle désignation.

En plus du CHUM, cinq centres hospitaliers ont reçu l'autorisation de la Ministre de signer un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, ainsi qu'avec l'Université McGill et l'Université Laval.

Le 29 mai 2000, le Ministère procédait à la mise sur pied d'un groupe de travail visant à favoriser l'application d'un plan de pratique dans le Département de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Sainte-Justine en privilégiant une nouvelle approche. Outre des représentantes et des représentants de l'hôpital et du Ministère, on retrouve sur ce comité des personnes issues de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et du Fonds de la recherche en santé du Québec.

Des travaux destinés à l'application d'un plan de pratique pour les médecins exerçant en milieu universitaire ont été amorcés. Le plan de pratique résultera d'une entente négociée devant intégrer les activités médicales, scolaires et administratives des médecins membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ce plan doit prévoir des modalités de financement liées à ces activités, ainsi que les ressources humaines nécessaires à leur application et le mode de rémunération du personnel professionnel.

7.2 Les services d'urgence

La Ministre a présidé, les 4 et 5 octobre 1999, le premier Forum sur la situation dans les urgences. Cet événement, qui rassemblait 23 associations et groupes partenaires du réseau, a permis de faire le point sur les multiples problèmes d'engorgement auxquels doivent faire face de nombreux services d'urgence, et de mobiliser l'ensemble des partenaires autour des moyens à privilégier afin d'apporter des solutions structurelles permanentes à cette situation.

7.2.1 Le Comité de suivi du Premier Forum sur la situation dans les urgences

Le nombre, l'importance et la diversité des consensus obtenus et des engagements pris par les gens qui participaient à ce premier forum ont rendu nécessaire la mise en place d'un mécanisme de suivi serré des recommandations préconisées. Présidé par la Ministre et formé des neuf principaux représentantes et représentants des associations professionnelles et d'établissements du Ministère, des régies régionales et du milieu universitaire, un comité de suivi a été mis en place en octobre 1999. Ses membres se sont réunis à cinq reprises pour faire le point sur l'avancement des travaux issus des 39 recommandations du forum et préparer le terrain pour un deuxième événement du genre, qui s'est tenu le 19 juin 2000, à la suite de quoi ils se sont de nouveau rencontrés pour dresser le bilan de leurs travaux.

7.2.2 Le deuxième Forum sur la situation dans les urgences

Le deuxième Forum sur la situation dans les urgences résultait d'un vaste chantier de huit mois durant lequel 23 associations, 16 régies régionales et près de 250 établissements ont pris connaissance des 39 recommandations émises à l'occasion du forum d'octobre 1999, dans le but d'y apporter des commentaires et certaines modifications. Le forum a permis de constater que les consensus obtenus à l'occasion du précédent tenaient toujours, notamment au regard des éléments suivants :

- l'adoption d'un énoncé décrivant la mission de l'urgence pour 76 % des hôpitaux;
- l'engagement de plus de 72 % des hôpitaux du Québec à accorder la priorité aux services d'urgence;
- l'adoption par le conseil d'administration d'un plan de travail qui précise les actions à privilégier pour s'assurer que les besoins des services d'urgence soient placés en tête des priorités; 92 % des hôpitaux ont voté en faveur du dépôt de ce rapport à leur régie régionale;
- la production, par chacune des régies régionales du Québec, d'un plan régional et territorial d'organisation des services d'urgence;
- la définition de ce que devrait être un réseau intégré de services de première ligne et la description de ses objectifs et de ses caractéristiques;
- l'annonce par la Ministre de la création d'un fonds de 8 millions de dollars, sur une base annuelle, qui servira à soutenir les milieux qui adoptent une véritable approche réseau pour leurs services de première ligne afin d'offrir à certains malades des solutions de rechange aux visites à l'urgence;
- l'engagement, de la part des établissements ayant bénéficié d'une source de financement pour construire leurs centres ambulatoires, d'améliorer l'accès à leur plateau technique pour les malades de la communauté et ceux de l'extérieur qui sont dirigés vers l'urgence;
- la recommandation émise conjointement par le Collège des médecins du Québec et par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec quant à la nécessité d'une échelle de triage unique au Québec, pour laquelle on est d'ailleurs à préparer un plan de diffusion et de formation;
- la révision du plan de formation en urgence des résidentes et des résidents en médecine familiale;
- la création d'un programme de recherche portant sur l'organisation et la gestion des processus de l'urgence, qui prendra forme dès septembre.

Les participantes et les participants à ce deuxième forum ont tous convenu de poursuivre le travail amorcé. Une rencontre a été prévue, à l'automne 2001, afin de vérifier si les modifications apportées aux recommandations issues du premier Forum sur la situation dans les urgences auront produit des résultats.

7.2.3 Le Centre de coordination nationale des urgences

À la suite du deuxième Forum sur la situation dans les urgences, tenu le 19 juin 2000, la ministre a annoncé la création du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU), dont le mandat principal est d'assurer un suivi rigoureux des plans régionaux d'organisation des services d'urgence et de coordonner l'action du Ministère pour tout ce qui concerne les urgences. Le CCNU a ainsi préparé et fait parvenir aux directrices et aux directeurs généraux de seize régies régionales le guide d'un PROS, avec une lettre signée du Sous-Ministre, les avisant

de mettre à jour, en fonction de ce nouveau guide, le plan d'action qu'ils avaient déjà fait parvenir au Ministère, et ce, avant le 31 mars 2001. Tout comme l'année précédente, le CCNU a aussi préparé la gestion de la période de pointe de l'hiver 2000-2001 en répartissant 20 millions de dollars entre les régions et en analysant les plans des seize régions qui ont produit un plan de contingence.

7.2.4 Le Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU)

Présidé par un médecin urgentologue de grande renommée, le Dr Marc Afilalo, le Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences a pour mandat de rassembler l'expertise lui permettant d'intervenir dans les établissements, de concert avec les régies régionales et le Ministère, afin d'améliorer le fonctionnement de l'urgence ainsi que ses liens avec l'hôpital et avec la communauté. En plus de se réunir à plusieurs reprises, de visiter de nombreux établissements, et de valider plusieurs plans fonctionnels et techniques d'urgence, le CECCNU a rédigé le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, annoncé par la Ministre le 17 décembre dernier. À la suite de la publication de cet ouvrage monumental, le Sous-Ministre demandait aux directrices et aux directeurs des établissements de mettre à jour leur plan d'action pour faire face à l'engorgement de leur urgence avant le 30 juin 2001.

7.2.5 La planification des activités destinées à ajuster les ressources à l'occasion de la période de pointe de l'hiver 2000-2001

Tenant compte des plans de gestion préparés par les régies régionales et les hôpitaux, la Ministre a annoncé l'ajout de 220 millions de dollars à leur budget. Cette somme est destinée à ajuster les ressources nécessaires en lits et en personnel, en prévision de la période de pointe de l'hiver 2000-2001. Un système d'évaluation permettant aux gens du Ministère de prendre connaissance quotidiennement de l'état de la situation dans chacune des urgences du Québec a été relié de façon directe au Bureau du Sous-Ministre. Cependant, l'ajout de sommes supplémentaires n'a pas empêché plusieurs régions de voir la situation de leurs urgences se détériorer de décembre à mars, comparativement à la même période l'an dernier, surtout Montréal, Montréal-Centre, Laval (Cité de la santé) et Lanaudière (particulièrement l'hôpital Charles LeMoyne).

La situation à Montréal étant davantage problématique, en raison d'une fermeture de lits importante causée par la pénurie de personnel infirmier, la Direction générale des affaires médicales et universitaires (DGAMU) a participé à la conférence téléphonique quotidienne organisée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans le but d'aider les établissements les plus en difficulté. Des sommes additionnelles ont été allouées à la région de Montréal afin d'ouvrir des lits de soins de longue durée et de soins subaigus additionnels. Des actions musclées devront être prises dans chaque établissement pour améliorer la performance de leurs services d'urgence et éviter que le Ministère doive continuellement ajouter des ressources financières pour résoudre des problèmes d'organisation.

7.2.6 Suivi de la situation des urgences de la région de Montréal au cours de l'été 2000

En avril 2000, la Régie régionale de Montréal-Centre avisait la DGAMU d'une fermeture de lits sans précédent de près de 1 225 lits de courte durée — soit 20,5 % du bassin de lits de courte durée disponibles dans la région au cours de l'été 2000 — à cause d'une pénurie appréhendée du personnel infirmier. Par la suite, la DGAMU a préparé un plan de contingence régional basé principalement sur l'ouverture de lits de soins subaigus et de lits pour malades en soins prolongés, au coût de 3,2 millions de dollars. La direction a également participé à l'évaluation quotidienne de la situation dans les urgences de Montréal.

7.2.7 Les systèmes d'information de gestion des urgences

En février, la Direction générale des affaires médicales et universitaires a été mandatée pour évaluer le rendement des systèmes d'information de gestion des urgences (SIGDU). Un comité de travail, composé de représentantes et de représentants de tous les principaux utilisateurs de ce service, a été formé. En vertu de son mandat, il doit :

- juger de la capacité du système SIURGE de répondre à son mandat original;
- apprécier la capacité du système SIURGE de répondre aux besoins d'informatisation des cliniciens (médecins, autres professionnels et organismes), et préciser les modalités techniques et financières de cette nouvelle adaptation;
- évaluer d'autres systèmes d'informatisation des départements d'urgence en fonction de leur capacité de répondre d'abord au mandat rempli par SIURGE, aux attentes des cliniciennes et des cliniciens, ainsi qu'aux besoins actuels en la matière;

- établir une analyse comparative des systèmes en tenant compte des échéanciers d'implantation, des coûts et des budgets disponibles;
- définir les besoins actuels d'information médicale et administrative pour l'ensemble des personnes qui utilisent les données SIURGE à l'intérieur et hors du centre hospitalier, notamment les médecins, le personnel infirmier ou autre, et certains organismes.

Le comité de travail devrait terminer son rapport et émettre ses recommandations en mai 2001. Il conviendra cependant de fusionner le registre des urgences, qui date de 1986, avec le cadre normatif de SIURGE afin de doter le Québec d'un système d'information capable de fournir des données exactes et fiables.

7.3 La lutte contre le cancer

Affirmant le rôle de chef de file que doit jouer le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le domaine de la lutte contre le cancer, la Ministre décidait, en novembre 2000, de mettre sur pied un centre de coordination nationale de lutte contre le cancer. Cette décision traduit la volonté ministérielle de mieux intégrer les différents aspects du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et de coordonner plus efficacement l'ensemble de ses volets.

Le mandat du Centre de coordination nationale de lutte contre le cancer couvre, notamment, tous les aspects des soins et des services reliés au cancer, de la promotion-prévention aux soins palliatifs, incluant le dépistage, les traitements et le soutien psychosocial. La recherche, l'évaluation et la surveillance, la formation, la main-d'œuvre, l'organisation des soins constituent des éléments essentiels également intégrés au mandat du Centre. Le Conseil québécois de lutte contre le cancer, les régies régionales et les associations à but non lucratif demeurent des partenaires incontournables dans le domaine et seront appelés à collaborer de façon importante à la lutte contre le cancer. Un plan d'action pour l'implantation du Centre de coordination nationale des urgences a été préparé pour l'année qui vient. Il inclut, notamment, une planification stratégique et un plan d'action triennal de lutte contre le cancer, de même qu'un plan de communication.

Tout au cours de l'année, l'équipe ministérielle de soutien à l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer a poursuivi ses activités auprès des régies régionales responsables de la planification, de l'organisation et de la mise en place du PQLC sur le territoire québécois. L'équipe a créé des liens ou consolidé ceux déjà existants avec les principaux intervenantes et intervenants du Ministère qui travaillent dans le domaine de l'oncologie, de même qu'avec des organismes externes. Précisons enfin qu'en vertu de son mandat, dans lequel est incluse la lutte contre le cancer, le Ministère est membre de l'Association canadienne des agences provinciales de cancer.

7.3.1 La radio-oncologie

À la demande de la Ministre, le Comité de radio-oncologie présentait, en mai 2000, son plan d'action visant à rétablir un équilibre entre l'offre et la demande de services et à faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer aux services auxquels elles ont droit.

Le Centre national de coordination en radio-oncologie a donc la responsabilité de mettre en œuvre et d'assurer le suivi des recommandations suivantes :

- accroître l'efficacité des centres de radio-oncologie existants par le maintien du parc d'équipement actuel, par l'ajout de nouveaux équipements, par le recours à des nouvelles technologies, par l'embauche de personnel médical et professionnel et par l'ajustement des budgets de fonctionnement;
- mettre sur pied de nouveaux centres de radio-oncologie;
- assurer le suivi des plans d'action sur la planification main-d'œuvre;
- assurer le suivi du plan d'action en radio-oncologie.

À la suite du dépôt de son plan d'action par le Comité de radio-oncologie, la Ministre a rendu publics ses engagements le 2 juin 2000. De nouveaux investissements ont été confirmés et permettront d'améliorer les services des centres situés dans les régions de Montréal, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Bas-Saint-Laurent, de l'Outaouais et de l'Estrie.

Par ailleurs, à l'automne 2000, le Ministère a diminué considérablement l'envoi de malades aux États-Unis. La mise en place d'un projet-pilote visant l'augmentation des heures de services en radio-oncologie et la possibilité de transférer certains malades à l'intérieur du réseau d'établissements québécois ont contribué à la fermeture de centres américains avec lesquels le Ministère avait une entente pour le traitement des personnes ayant un cancer du sein ou de la prostate.

De plus, l'organisation de deux missions en France a permis de recruter des technologues en radio-oncologie et de faire la promotion de postes

disponibles de physiciens médicaux et de radio-oncologues.

7.3.1.1 Planification de la main-d'œuvre médicale en radio-oncologie

Un comité de la planification de la main-d'œuvre en radio-oncologie a été mis sur pied au cours de l'année. Il a pour mandat de proposer un plan d'action qui contribuera à augmenter l'offre de services médicaux en radio-oncologie à un niveau adéquat, compte tenu des besoins de la population du Québec et des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des nouvelles technologies particulières aux milieux universitaires.

Plusieurs radio-oncologues siègent au Comité de planification de la main-d'œvrre en radio-oncologie, qui regroupe des personnes issues des milieux suivants : l'Association des radio-oncologues du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

7.3.2 Le Secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer

La Direction générale des affaires médicales et universitaires assure le soutien administratif du Secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) qui a été créé en 1998, au moment de l'annonce de la mise en place du Programme québécois de lutte contre le cancer. Le CQLC se compose de treize membres nommés par la Ministre. Il a pour mandat de fournir les avis demandés par la Ministre et par le Ministère ou tout autre avis qu'il juge pertinent en matière de lutte contre le cancer, en particulier les avis relatifs aux enjeux liés aux besoins des usagères et des usagers, ainsi qu'à l'accessibilité et aux modes d'organisation des services; à cela s'ajoutent les critères de qualité auxquels les services doivent répondre dans le domaine de la cancérologie et l'évolution des pratiques en rapport avec les derniers progrès scientifiques et médicaux.

Au cours de la dernière année, le secrétariat a soutenu diverses activités du CQLC, notamment :

- la tenue de dix réunions et de plusieurs conférences téléphoniques;
- la participation aux consultations menées en septembre 2000 par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, et le dépôt d'un mémoire insistant sur les options qui favorisent la coordination et l'intégration des soins et des services, à partir d'exemples observés en oncologie;
- la production et la diffusion des avis et des documents suivants : *L'intervenant pivot en oncologie – un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer* (novembre 2000) et *Propositions sur le cadre conceptuel et la structure de l'organisation responsable de la lutte contre le cancer au Québec* (février 2001). Deux autres documents sont en préparation : *Cancer de l'appareil digestif – Critères d'organisation par niveau de services et Avis sur les délais pour le traitement chirurgical du cancer*;
- l'organisation d'un premier colloque à l'intention des membres du réseau. Cette activité ayant pour thèmes l'interdisciplinarité et l'intervenant pivot a permis de regrouper quelque 200 personnes travaillant dans le domaine de l'oncologie, en provenance de toutes les régions du Québec.

7.4 La cardiologie tertiaire

En octobre 2000, un comité formé de spécialistes en cardiologie tertiaire remettait son rapport final faisant état de la situation dans ce domaine et proposait un certain nombre de mesures pour assurer l'accès aux services.

Pour donner suite à l'une des principales recommandations, la Ministre a annoncé que le travail de planification amorcé par ce comité se poursuivrait à l'intérieur d'une structure permanente de suivi, le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT). Ce réseau vise donc à assurer l'intégration de divers éléments, ainsi que celle des intervenantes et des intervenants en cardiologie tertiaire, en un tout cohérent, efficace et efficient pour tout le Québec.

7.5 La main-d'œuvre médicale

Plusieurs activités destinées à assurer en place une meilleure planification et une meilleure répartition des effectifs médicaux ont été réalisées au cours de l'année. La plupart de ces activités ont été menées en collaboration avec les partenaires du Ministère préoccupés par ces questions. On a ainsi effectué des études et créé des outils pour faciliter le travail de planification des principaux partenaires du Ministère. Enfin, la révision de certaines politiques, plans et mesures a été enclenchée au cours de l'année.

7.5.1 Les inscriptions dans les programmes de formation en médecine

La politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine doit favoriser l'adéquation entre les services offerts à la population et les besoins anticipés, et ce, autant en ce qui a trait au nombre de médecins qu'en ce qui concerne leur répartition par discipline.

Dans cette perspective, la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux au Québec a entrepris des travaux au cours de l'automne 2000. S'appuyant sur les résultats de ces travaux, le Ministère a accepté une première recommandation des membres de cette table selon laquelle il serait préférable de scinder la politique en deux parties.

La première partie porte sur les inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale. Cela permettra aux universités et à leur faculté de médecine de se répartir les nouvelles places de résidence, et aux nouveaux élèves diplômés de connaître les places libres par programme. La politique pour 2001-2002 sera adoptée au printemps 2001.

Par ailleurs, des travaux ont aussi été entrepris pour renouveler la politique triennale des admissions dans les programmes de doctorat en médecine. Cette politique contiendra les orientations gouvernementales en ce qui a trait au nombre de nouvelles places en médecine pour les trois prochaines années (2001-2002 à 2003-2004). Comme l'an dernier, les membres de la table de concertation ont recommandé d'augmenter les admissions en médecine pour les trois prochaines années. La politique triennale des admissions dans les programmes de formation doctorale devrait aussi être approuvée par le gouvernement au printemps 2001.

Enfin, dans la perspective du renouvellement de ces politiques, des travaux ont été réalisés pour analyser et mettre à jour le modèle de projection de l'offre et de la demande de services médicaux et pour tester, notamment, sa sensibilité aux différentes variables. Plusieurs paramètres des politiques discutées précédemment sont définis à la lumière des prévisions relatives au besoin de main-d'œuvre médicale à moyen et à long terme.

7.5.2 Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Les régies régionales sont légalement tenues de produire un plan de l'effectif médical de leur région, en tenant compte des objectifs de croissance et de décroissance en la matière formés par la Ministre dans son plan de répartition de l'effectif médical au Québec. Ce plan vise à favoriser pour l'ensemble de la population un accès équitable aux services médicaux.

Étant donné que les objectifs du plan 1997-2000 n'ont pu être atteints, le Ministère a décidé de les reconduire et de reporter d'un an la préparation du nouveau plan régional d'effectifs médicaux; celui-ci sera déposé à la fin juin 2001 pour les spécialistes. Ce plan, d'une durée de deux ans, inclut toutes les spécialités. En omnipratique, les objectifs de croissance définis dans le plan 1997-2000 sont reportés d'une autre année et un nouveau plan sera préparé à l'automne 2002.

La nouvelle approche du Ministère prévoit des plans d'effectifs médicaux par établissement dans les spécialités de base telles la psychiatrie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, l'obstétrique, l'anatomopathologie, la médecine interne et la radiologie. Pour ce faire, au cours de la dernière année, le Ministère a mis au point une nouvelle méthode, basée sur les bassins de population auxquels les hôpitaux offrent des services qui permettent de mieux cerner les disparités relatives à la répartition des médecins à la fois entre les régions et entre les hôpitaux eux-mêmes.

De son côté, la Fédération des médecins spécialistes, en collaboration avec le Ministère, la Conférence des régies régionales et les associations de spécialistes, a mis sur pied des comités techniques qui, pour chacune des spécialités, ont produit des rapports en vue du plan 2001-2003.

Des scénarios basés sur les objectifs de croissance pour chacune des spécialités ont été envisagés en fonction de la méthode utilisée, des rapports des comités techniques et des récents départs et arrivées de médecins dans les établissements.

Plusieurs autres consultations auront lieu avec les représentantes et les représentants des régies régionales et avec les personnes qui président la Table des commissions médicales régionales et la Fédération des médecins résidents du Québec, afin de prendre connaissance de leurs positions quant aux scénarios proposés. À la suite de ces discussions, des objectifs de croissance définitifs seront proposés d'ici la fin mai 2001.

7.5.3 L'accès aux services médicaux

Cette année encore, de nombreuses interventions visant à élargir l'accès au services médicaux ont été menées dans plusieurs établissements. Différents programmes favorisant l'amélioration de la répartition géographique des médecins, associés à des mesures incitatives à incidence financière, ont été mis à contribution pour accroître l'accessibilité aux services médicaux.

Le Groupe de gestion de l'accessibilité aux services médicaux a concrétisé plusieurs recommandations contenues dans le rapport du Comité consultatif ministériel sur les mesures incitatives destinées au recrutement et au maintien des médecins dans les régions éloignées et isolées.

Intitulée « Médecin en région, un défi à ta mesure », une activité spéciale destinée à promouvoir la pratique médicale en région a été organisée en octobre 2000, de concert avec la Fédération des médecins résidents du Québec et les régies régionales des régions désignées. En marge de cette activité de promotion, des efforts ont aussi été investis dans la mise au point et l'utilisation de nouveaux outils promotionnels, incluant l'accès à des informations sur le site Internet du Ministère.

En outre, après consultation avec les partenaires du réseau, il a été recommandé d'apporter des modifications au programme de bourses d'études en médecine, en vue de son application pour la cohorte des finissantes et des finissants de l'année universitaire 2001-2002.

Enfin, des travaux d'analyse et d'évaluation ont été réalisés ou sont en voie de l'être sur des programmes ou différentes mesures visant à assurer un meilleur accès aux services médicaux, tels le Programme de places de résidence pour les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, l'intégration des médecins immigrants dans les régions éloignées, le mécanisme de dépannage provincial en omnipratique. Ces travaux devraient permettre d'établir des stratégies et des cibles d'interventions qui amélioreront davantage l'efficacité des programmes ministériels actuels.

7.6 Le soutien à l'organisation des services médicaux

7.6.1 Les services de laboratoire

En juin 1995, le Ministère lançait son plan d'action visant à améliorer l'accessibilité aux services de prélèvement pour les patientes et les patients ambulants et à accroître l'efficience et l'efficacité des services de laboratoires. Un comité directeur formé de représentantes et de représentants du Ministère, des régies régionales, des CLSC, de la RAMQ ainsi que des ordres professionnels en cause a été mis sur pied pour en assurer la mise en œuvre.

Le premier objectif est maintenant atteint, comme le démontre l'analyse des données de l'enquête de novembre 2000, où seulement 6 sites de prélèvements sur un total de 311 n'étaient pas conformes aux normes québécoises sur les délais d'attente (une heure pour les sites sans rendez-vous, deux semaines pour les sites avec rendez-vous). Des interventions ponctuelles effectuées par le Ministère et les régies régionales ont, depuis, permis de corriger la situation.

Des mesures concrètes ont également été adoptées en ce qui concerne l'atteinte du deuxième objectif visant à corriger les lacunes quant à l'efficience des laboratoires relevées dans le rapport du vérificateur général du Québec, déposé en commission parlementaire en mars 2000. Récemment, le Ministère publiait un ouvrage intitulé *Tableaux de bord de gestion — Laboratoires de biologie médicale*. Ce document, diffusé très largement dans le réseau, permet d'évaluer le rendement comparatif des laboratoires. Des objectifs précis ayant pour but d'améliorer la situation ont été définis pour les laboratoires dont le rendement se situe en deçà des attentes du Ministère, et une lettre signée par le sous-ministre en titre a été expédiée aux directrices et aux directeurs généraux des régies régionales en cause afin de les mobiliser et de s'assurer de leur collaboration.

Le Groupe ministériel de soutien — conjointement avec la Direction générale des services à la population et la Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information — assurera le suivi de la situation dans les laboratoires intéressés. Pour appuyer plus concrètement cette démarche, le Groupe ministériel de soutien fera appel aux établissements performants afin de rassembler et de mettre à la disposition du réseau un groupe d'expertises et d'experts ayant fait leurs preuves en ce qui a trait à l'organisation efficace du travail de laboratoire.

Au cours de la prochaine année, le Ministère continuera d'appuyer les travaux du Comité directeur sur les laboratoires. Pour sa part, le Groupe ministériel de soutien et les équipes régionales sur les laboratoires poursuivent leurs efforts pour :

- assurer le respect des normes de qualité et autres dans l'ensemble des laboratoires;
- maintenir un niveau élevé d'accessibilité des services pour la population;
- atteindre les objectifs de productivité assignés aux laboratoires moins performants;
- favoriser l'informatisation des laboratoires et leur raccordement à l'autoroute de l'information ainsi qu'au réseau requêtes résultats;
- promouvoir l'utilisation pertinente des services de laboratoire.

7.6.2 Mise en place de services continus en neurotraumatologie

La démarche entourant la mise en place de services continus pour les victimes adultes d'un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave s'est conclue par la désignation formelle de sept établissements de soins aigus et de réadaptation précoce, et dix-sept établissements de réadaptation. Ces derniers offriront désormais des services à ces victimes. Notons qu'ils viennent aussi de s'ajouter au réseau de la traumatologie.

Les prochaines interventions destinées à améliorer les services offerts dans le domaine visent la mise en place d'un ensemble de services continus répondant aux besoins particuliers d'autres segments de population, soit : les enfants, les adultes victimes d'un traumatisme léger, les personnes traumatisées présentant des troubles graves du comportement ainsi que les personnes âgées.

On a également prévu d'instaurer le volet « Soutien à l'intégration » pour les personnes qui auront besoin de services de cette nature. En prévision de cette étape, des projets de recherche ont été menés en cours d'année sous les appellations suivantes : *Les modèles de suivi et de soutien à la personne traumatisée cranio-cérébrale; Scénarios applicables au Québec et les associations d'usagers en neurotraumatologie; Évolution de la situation au Québec.*

D'autres projets de recherche ont été menés ou sont actuellement en cours. Ils visent l'amélioration des services offerts aux personnes souffrant d'un neurotraumatisme (blessés médullaires ou personnes atteintes d'un traumatisme cranio-cérébral). Ces projets sont regroupés sous les titres suivants :

- *La mise en place de réseaux intégrés de services en neurotraumatologie : leçons à tirer d'expériences québécoises*;
- *Démarche d'implantation et d'évaluation de l'approche* Collaborative Care *auprès d'une clientèle blessée médullaire*;
- *Implantation d'une démarche évaluative du* Collaborative Care *appliquée à une clientèle traumatisée cranio-cérébrale dans une perspective de consortium d'établissements*;
- *Proposition d'un modèle québécois de gestion intégrée de services pour la clientèle blessée médullaire.*

7.6.2.1 Révision des mécanismes de concertation en traumatologie

Compte tenu des développements qui ont eu lieu à l'intérieur du Programme québécois de traumatologie, une révision des mécanismes de concertation utilisés pour assurer l'intégration de ses diverses activités a été effectuée récemment.

Ainsi, on a créé, au cours de la dernière année, un nouveau groupe de travail ayant pour mandat d'assurer une vue d'ensemble de la situation et de fournir des avis dans le but d'appuyer la mise en place de services continus en traumatologie.

Le Comité de concertation ministériel en traumatologie ainsi créé regroupe des déléguées et des délégués des principaux partenaires du Ministère intéressés au développement de ce secteur d'activité, soit les établissements de soins aigus ainsi que les établissements de réadaptation, de maintien à domicile et de soins de longue durée. En font également partie des membres des établissements du réseau, des régies régionales, de la Société de l'assurance automobile du Québec, des associations d'usagères et d'usagers de même que des directions du Ministère.

7.6.2.2 Registre des traumatismes

Le Registre des traumatismes est une base de données informatisée permettant le suivi des victimes de traumatismes graves. Ce registre, qui s'ajoutera aux autres banques de données sur les bénéficiaires dont dispose le Ministère, est la première banque du genre mise au point par ce dernier, conjointement avec la Régie de l'assurance maladie du Québec et la Société de gestion informatique.

Les retombées de l'exploitation de cette nouvelle banque de données seront importantes à la fois pour le Ministère et pour les différentes personnes engagées dans l'administration de soins aux personnes souffrant de traumatismes majeurs. Le Ministère sera en mesure de suivre l'évolution du réseau de traumatologie et de définir des orientations stratégiques en la matière. Les régies régionales pourront utiliser cette information pour assurer une organisation adéquate des services. Les établissements du réseau de traumatologie pourront, quant à eux, se doter de mécanismes d'amélioration continue de la qualité de leurs services. Enfin, cette banque pourra être utilisée aux fins de recherche en traumatologie.

En vertu du Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs, adopté en 2000, tous les centres du réseau de traumatologie sont tenus de transmettre au Ministère les renseignements pertinents qu'ils possèdent à ce sujet. Les premiers rapports de la RAMQ sont attendus au printemps.

7.6.2.3 Programme national de recherche en traumatologie

Reconnaissant l'importance d'accroître les connaissances dans l'amélioration des soins et l'organisation des services en traumatologie, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Société de l'assurance automobile du Québec et le Fonds de la recherche en santé du Québec ont convenu de créer et de soutenir pour une durée de quatre ans un programme national de recherche en traumatologie.

Ce programme a pour principal objectif de contribuer :

- à accroître, par la formation de nouveaux chercheuses et chercheurs, la capacité de recherche au Québec en traumatologie, et à favoriser l'arrivée d'un nombre suffisant de ces professionnels dans les centres tertiaires de traumatologie;
- à instaurer dans les centres tertiaires de traumatologie une infrastructure élémentaire de recherche permettant aux gens qui y travaillent d'être compétitifs dans les divers concours de subventions à l'échelle nationale et internationale;
- à acquérir de nouvelles connaissances susceptibles de guider les personnes chargées de prendre des décisions sur les plans médicaux, administratifs et politiques dans l'amélioration de l'efficacité, du rapport coût/efficacité, de la qualité, de l'efficience ou de l'accessibilité des services de traumatologie offerts en milieu hospitalier au Québec.

7.6.3 Les dons d'organes

Depuis le dépôt, en juillet 1997, du rapport intitulé *Les dons et les greffes d'organes et de tissus au Québec*, l'organisation et le rendement québécois en matière de don d'organes et de transplantation n'ont cessé de s'améliorer. En effet, plus de 450 transplantations ont été effectuées l'an dernier au Québec. Alors que le Québec affichait en 1999 un nombre restreint de 131 donneurs, ce chiffre passait l'année suivante à 135, ce qui permettait au Québec de se maintenir au second rang des provinces canadiennes quant au taux de donneurs par million d'habitants. Cependant, malgré une augmentation annuelle du nombre de transplantations, la liste d'attente ne cesse de s'allonger (plus de 800 Québécoises et Québécois étaient en attente d'une greffe l'an dernier).

Des actions additionnelles ont été entamées, l'an dernier, par le Ministère et ses principaux collaborateurs (Québec-Transplant, le Collège des médecins du Québec et Info don d'organe (IDO) afin de réduire l'écart sans cesse croissant entre le nombre de receveurs sur les listes d'attente et le nombre d'organes disponibles. Ainsi, une subvention ministérielle a été accordée à Québec-Transplant pour le recrutement de personnel infirmier chargé de cibler les donneurs potentiels et de favoriser le don d'organes à l'intérieur même d'un hôpital; une vingtaine de personnes seront ainsi recrutées dans les trois prochaines années. Ce projet permettra de désigner rapidement les donneurs potentiels d'organes à l'intérieur des centres hospitaliers. Cette mesure, associée à l'attitude positive des Québécoises et des Québécois en ce qui a trait aux dons d'organes (83 % de la population se dit prête à faire don de ses organes), devrait permettre d'augmenter d'au moins 50 % les dons d'organes et de tissus d'ici cinq ans.

La possibilité de regrouper des banques de tissus fait toujours l'objet d'une étude dans la région de Québec. Les travaux sur la révision ayant trait aux banques de tissus et d'organes à l'intérieur de la Loi sur Héma-Québec et sur le comité d'hémovigilance sont présentement en cours; on procède également au transfert de certaines dispositions à ce sujet.

Le Québec a maintenu sa participation active aux travaux du Comité de coordination fédéral, provincial et territorial quant à la mise sur pied d'un conseil canadien pour le don et la transplantation d'organes et de tissus. La version finale d'un accord de principe pour la création de ce conseil, qui serait chargé de coordonner les efforts consacrés aux dons et aux greffes d'organes, est actuellement en préparation. L'accord de principe devra être entériné prochainement par les Sous-Ministres de la santé à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale.

7.7 La technologie biomédicale

En 2000-2001, des sommes importantes ont été allouées au rattrapage technologique. À l'enveloppe traditionnelle de 15 millions de dollars consacrée au Programme d'investissements en haute technologie, est venue s'ajouter une enveloppe spéciale de 200 millions de dollars du gouvernement québécois et une autre enveloppe de 119,9 millions de dollars provenant de l'entente fédérale/provinciale de septembre 2000. C'est donc un montant total de l'ordre de 334,9 millions de dollars qui a pu être consenti pour le maintien et le développement du parc des équipements médicaux afin d'accroître la qualité et l'accessibilité des services offerts à la population. L'ensemble des secteurs ont pu profiter de ces investissements, notamment la radiothérapie, la cardiologie tertiaire, la dialyse rénale, la résonance magnétique et la tomodensitométrie.

À la suite des investissements annoncés pour l'année 2001-2002, l'équipe responsable du secteur entreprendra une démarche de planification, en collaboration avec les régies régionales, en vue d'assurer une répartition équitable et conforme aux orientations ministérielles des équipements qui seront fournis.

7.8 La télésanté

La télésanté désigne les soins et les services de santé, l'information sur la santé, les échanges audiovisuels destinés à des fins éducatives, administratives et de recherche, l'échange et le traitement de données médico-administratives, effectués à distance au moyen d'une télécommunication.

L'essor de cette nouvelle technologie prévaut également au Québec. Des projets relevant de nouveaux domaines médicaux commencent à poindre, alors qu'il n'existe pas encore de cadre de développement pour ces outils. Un tel cadre permettrait à la fois aux médecins, aux gestionnaires du réseau et aux industries adjacentes (les fournisseurs d'équipements informatiques, d'équipements médicaux, les fournisseurs de télécommunications et d'autres encore) de combiner leurs efforts dans un plan d'ensemble pour soutenir l'intégration de la télésanté au réseau québécois de soins et de services de santé. Ils pourraient ainsi contribuer à relever deux des principaux défis du système de santé que sont le maintien et l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services de santé et la modernisation des pratiques professionnelles.

La télésanté est en plein essor, la technologie est disponible. Dès que la question touchant la rémunération des médecins qui utilisent cette nouvelle technologie sera réglée, il y a lieu de croire que la télésanté connaîtra un développement considérable et contribuera en outre à résoudre certains problèmes d'accessibilité aux services médicaux spécialisés en région.

Le 22 février 2000, avait lieu la première rencontre de la Table ministérielle en télémédecine chargée de préparer un document présentant la vision, les orientations et les stratégies de développement de la télémédecine au Québec. Ses membres sont des représentantes et des représentants du Ministère, des principales associations professionnelles et d'établissements ainsi que des personnes associées à la naissance de la télésanté au Québec. Ces membres travaillent en étroite collaboration avec le Comité directeur technique sur la télésanté qui relève de la Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information (DGFSBT).

Le document est actuellement dans sa phase finale de rédaction. Il devrait être publié en mai 2001. La diffusion de cette politique ministérielle en télésanté devrait s'effectuer à l'intérieur d'un cadre financier qui demeure à préciser.

En parallèle, les membres de la Table ministérielle en télémédecine ont reçu d'autres mandats. Ainsi :

- ils ont produit un guide indiquant les différentes étapes à suivre pour mettre sur pied un projet de télésanté susceptible de réussir et d'assurer son propre financement;
- ils ont été sollicités pour rencontrer des groupes intéressés par l'utilisation de la télésanté afin d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés ou autres qu'ils offrent à la population.

Les travaux des membres de cette table visent aussi à présenter des solutions pour résoudre les difficultés suscitées par les principaux enjeux reliés à l'utilisation de la télésanté.

7.9 Excellence de la main-d'œuvre et des services médicaux

7.9.1 Les accidents dans la prestation des soins de santé

En avril 2000, la Ministre annonçait la mise en place du Comité sur les accidents médicaux évitables, qui a pour mandat de procéder à un examen du phénomène dans le milieu de la santé au Québec, de faire état de la situation à cet égard, d'évaluer l'efficacité des procédures existantes en matière de gestion des risques et de proposer des mécanismes favorisant une meilleure prévention de tels accidents. Le comité a déposé son rapport au Bureau du Sous-Ministre, le 12 février 2001, puis à la Ministre, le 20 février. Intitulé *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé — La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, le document a été rendu public au cours d'une conférence de presse tenue le 1er mars 2001. Un plan d'action est en préparation pour favoriser la mise en place des principales recommandations du comité.

7.9.2 Le système informatisé de gestion de l'accès (SGAS)

Un appel d'offres a été lancé en septembre 1999, et le logiciel OPERA module liste d'attente a été retenu par le comité de sélection de SGAS.

Le 13 octobre 2000, la Ministre a annoncé l'octroi d'une somme de 2 millions de dollars pour amorcer la première phase du projet SGAS, soit l'informatisation de l'accès aux services en cardio-

logie tertiaire et en radio-oncologie. Afin de réaliser ce projet, la Sogique a été mandatée par le Ministère pour produire un manuel d'organisation de projet qui fixera le choix des orientations et décrira le plan d'action permettant d'amorcer la première phase d'installation du système de gestion de l'accès aux services. Le manuel d'organisation du projet a été présenté et approuvé à l'occasion de la réunion du comité directeur, tenue le 15 février 2001; la première phase d'installation est maintenant commencée.

7.10 Les soins et les services médicaux de première ligne

Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (proposition 15), la situation vécue dans quelques régions du Québec ainsi que les échanges avec les représentantes et les représentants du réseau sont de nature à démontrer toutes les limites des mesures préconisées jusqu'à maintenant pour résoudre les problèmes d'accessibilité, de continuité et d'organisation des services médicaux de première ligne sur une base intégrée. C'est dans cette perspective que le Ministère privilégie la création de groupes de médecine de famille. Ces groupes devront fonctionner en réseau afin de satisfaire les besoins de la population inscrite volontairement auprès d'eux. La Direction générale des affaires médicales et universitaires a obtenu récemment le mandat de mettre en place la structure nécessaire à l'implantation des groupes de médecine de famille.

8. Les affaires ministérielles et extraministérielles

La Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles a pour mandat d'assurer la coordination des activités liées au courrier des ministres et du sous-ministre ainsi que la conservation des documents officiels. Elle conseille les autorités sur les orientations et les positions ministérielles en matière de modernisation. Elle assure, sur le plan ministériel, le soutien et l'évolution de la gestion des ressources humaines et matérielles du Ministère et des organismes relevant de la ministre. Elle assure l'application de la politique linguistique du Ministère tout en assumant la présidence du comité ministériel et en participant au comité interministériel.

8.1 Le Secrétariat administratif

Le Secrétariat administratif a pour mandat :

- de coordonner les activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère;
- d'assurer la gestion du système de traitement du courrier adressé aux ministres et au sous-ministre;
- d'expédier des documents ministériels pour dépôt à l'Assemblée nationale en collaboration avec les cabinets des ministres;
- de maintenir à jour les listes de fusion destinées aux lettres des ministres, des sous-ministres, des sous-ministres adjoints et associés, ainsi qu'aux directrices et aux directeurs généraux des ministères et organismes provinciaux;
- de planifier les horaires des réceptionnistes des bureaux des ministres et du sous-ministre.

La direction générale assure la coordination ministérielle et gouvernementale des dossiers liés à la condition féminine. Elle facilite l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes de langue anglaise et pour les membres des communautés culturelles, en collaboration avec les régies régionales, et elle coordonne les activités ministérielles liées à la mise en œuvre des programmes d'accès à ces services.

Elle coordonne la participation du Ministère aux activités interprovinciales et fédérales-provinciales. De même, elle propose des orientations ministérielles de coopération internationale. Elle assure la mise en œuvre des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux en milieu autochtone. Elle prépare, soumet et justifie auprès du gouvernement fédéral les estimations et les réclamations annuelles des frais partageables dans le cadre des ententes intervenues.

8.2 La condition féminine

La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a le mandat de conseiller les diverses instances du Ministère quant aux activités liées à la condition féminine, dans le secteur de la santé et des services sociaux. De façon plus précise, la direction est chargée de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes, et de s'assurer que les besoins particuliers des femmes sont pris en considération au moment de la préparation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques ministérielles. La direction conçoit également les orientations et le plan d'action du Ministère en ce qui a trait à la condition féminine et collabore à l'élaboration de la politique gouvernementale en cette matière, d'où sa responsabilité d'en assurer la coordination et le suivi. Enfin, la direction établit des liens entre le réseau de la santé et des services sociaux, les groupes de femmes et les instances gouvernementales.

Au cours de l'année financière 2000-2001, la direction a participé aux travaux de deux comités interministériels et collaboré à ceux d'un troisième comité. Le premier de ces comités a pour mandat d'assurer la coordination gouvernementale en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle. À l'intérieur des travaux de ce comité, la direction a participé à la définition des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle et contribué à définir les grandes lignes directrices des divers ministères associés à la question de la violence faite aux femmes.

Les membres du deuxième comité, quant à eux, ont travaillé à l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales. La direction a notamment poursuivi sa contribution au projet-pilote du Ministère destiné à intégrer cette approche dans les orientations visant à offrir des services continus aux personnes âgées en perte d'autonomie. Elle a également démarré un projet visant à effectuer une analyse différenciée selon les sexes, à partir des résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, et collaboré aux travaux destinés à définir un nouveau cadre de référence sur les services de soutien à domicile pour les person-

nes en perte d'autonomie. Par ailleurs, la direction a participé aux travaux interministériels et ministériels sur la prévention des grossesses précoces et le soutien offert aux mères adolescentes.

De façon plus générale, la direction a collaboré à la préparation du programme gouvernemental en matière de condition féminine, intitulé *Programme 2000-2003 – L'égalité pour toutes les Québécoises*. Afin d'en assurer le suivi, la direction a coordonné les dossiers relatifs à la santé reproductive des femmes, tels les interruptions de grossesse et la contraception orale d'urgence, l'évaluation et le suivi des orientations en matière de planification des naissances, le virage ambulatoire et la violence envers les femmes. Elle a également assuré le suivi du projet de loi fédérale sur les technologies de reproduction et de génétique humaine, et celui de divers dossiers préventifs, notamment en ce qui a trait au tabagisme et au cancer.

La direction a, en outre, collaboré au maintien de liens entre le Ministère et les groupes de femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des services sociaux. Elle a participé à l'analyse des demandes de ces groupes à l'occasion de la Marche mondiale des femmes et elle a conseillé les instances ministérielles à cet égard. De plus, la direction a participé à l'organisation de plusieurs rencontres entre les représentantes de groupes de femmes et la Ministre ou le personnel du Ministère.

Enfin, dans le but de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes, la direction a coordonné l'organisation des activités ministérielles soulignant la Journée internationale des femmes. Elle a aussi répondu, tout au long de l'année, à de nombreuses demandes d'avis et d'information sur les ressources disponibles relativement à différentes situations vécues par les femmes.

8.3 La coopération internationale

Sur le chapitre de la coopération bilatérale découlant d'ententes, les activités avec la France, comme par le passé, ont été particulièrement nombreuses. La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a été mise à contribution pour l'organisation de plusieurs missions portant surtout sur les dossiers de télémédecine, sur l'organisation des services et sur les indicateurs de santé, et ce, en continuité avec les échanges antérieurs.

La Ministre a effectué une mission à Paris, en juillet 2000, dans le but d'échanger avec son homologue, M^me^ Dominique Gillot, secrétaire d'État à la santé, sur les priorités de gestion et d'organisation des systèmes sociosanitaires. Soulignons également que les membres de la Commission permanente franco-québécoise se sont réunis, en novembre 2000, à Bordeaux, et que les projets de coopération retenus pour les deux prochaines années ont été précisés.

Le Ministère a également mené une mission exploratoire auprès du Conseil de l'Europe afin de tisser des liens avec cet organisme international.

En plus de maintenir ses liens avec la France, dans le cadre des ententes sectorielles signées avec d'autres gouvernements, le Ministère a poursuivi ses échanges, notamment avec la Catalogne, la province de Samara en Russie, l'Afrique du Sud, la Belgique et le Viêt Nam. La Ministre a également rencontré ses homologues des cantons de Genève et de Vaud, en Suisse, en juin 2000.

Quelques missions ont aussi été réalisées au Brésil, en particulier une mission de la Ministre, qui eut lieu en août 2000. Un accord de coopération en matière de santé et de services sociaux a été signé avec chacun des États brésiliens suivants : Goiás, São Paulo et Rio de Janeiro. Les résultats découlant de ces échanges portent, entre autres, sur la réadaptation en santé physique, la médecine familiale, la psychoéducation auprès des jeunes délinquantes et délinquants ainsi que sur le secteur pharmaceutique. Plusieurs personnes du Brésil sont également venues au Québec pour faire progresser ces dossiers.

Au cours de la dernière année, la direction a collaboré à l'organisation d'au moins 40 missions à l'étranger. Diverses personnalités politiques, ainsi que de nombreuses personnes qui interviennent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans d'autres pays, ont effectué un séjour au Québec afin de parfaire leur connaissance du système québécois. Des programmes ont ainsi été conçus à l'intention, notamment, de visiteurs de la Suède, de l'Australie, de l'Argentine, du Venezuela, de l'Écosse et du Chili. Soulignons, à cet effet, l'excellente collaboration du personnel du Ministère et de son réseau.

La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a aussi contribué à assurer la présence du Québec sur le plan international, particulièrement grâce à la participation du sous-ministre adjoint à la Santé publique à la 42^e^ Réunion du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), ainsi qu'à l'Assemblée annuelle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La Ministre a également assisté à des rencontres avec les membres de l'OMS, en juin dernier. L'objectif de cette mission était de renforcer les collaborations déjà en cours et de signaler l'intérêt, pour le Québec, de participer de façon constructive

aux activités de l'OMS. Le dossier des centres collaborateurs de même que celui de la lutte contre le tabagisme ont été notamment l'objet de discussions.

La direction a travaillé avec l'OMS à la préparation d'un symposium sur le vieillissement devant réunir à Québec plusieurs pays d'Amérique latine, en septembre 2001. Axé sur le partage de l'expertise et le renforcement de la coopération technique, l'événement vise également à organiser un forum préparatoire à l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, qui se tiendra à Madrid sous la direction de l'Organisation des Nations Unies (ONU), en août 2002.

Sur le plan des activités permettant un plus grand rayonnement international, la direction a encouragé ou facilité la participation de spécialistes québécois, surtout à titre de conférencières ou de conférenciers, à des congrès ou à des colloques de portée internationale dans des domaines liés à la santé ou aux services sociaux. Cela a été le cas, entre autres, pour le Congrès annuel de la Fédération internationale des organisations de donneurs de sang, la Deuxième Conférence internationale sur les services de première ligne, le Deuxième Congrès mondial sur les services à domicile et le Colloque européen sur la réduction des inégalités de la santé.

8.4 Les services au personnel

La Direction des services au personnel a travaillé principalement, au cours de la dernière année, à la dotation des emplois, au renouvellement de la main-d'œuvre, au développement de programmes favorisant la mobilisation du personnel et à l'amélioration des processus touchant les ressources humaines.

En ce qui a trait à la dotation des emplois, le Ministère s'est donné, conformément aux exigences du Comité ministériel sur l'organisation du travail (CMOT), des orientations et des pratiques qui privilégient la mobilité interne pour combler les emplois vacants.

Pour assurer le renouvellement des main-d'œuvre, le Ministère a décidé d'attribuer le plus grand nombre de postes possible à des personnes ayant satisfait aux exigences des concours tenus en fonction des conditions minimales, ou à des finissantes et des finissants; plus de 65 % des postes comblés l'ont été par ces personnes. En outre, afin de s'assurer de l'acquisition et du maintien d'une expertise de pointe dans le domaine sociosanitaire, le Ministère a obtenu l'autorisation de tenir des concours réservés au personnel du réseau pour attribuer certains emplois spécialisés.

Par ailleurs, la Direction des services au personnel a réalisé différentes activités visant à favoriser la mobilisation du personnel. Mentionnons, entre autres, la tenue d'un événement destiné à honorer les personnes ayant 25 années de service à leur actif, la mise en place d'un mécanisme transparent de consultation sur la sous-traitance et l'amorce d'une réflexion au CMOT en ce qui a trait au climat de travail au Ministère.

En vue de l'implantation éventuelle de la gestion intégrée des ressources (GIRES) et en prévision des effets importants engendrés par son utilisation, la direction a revu certains processus et mis en place de nouvelles applications technologiques qui donnent, dès maintenant, l'occasion au personnel de s'initier à cette réalité. Ces applications permettent, notamment, d'accéder directement à la fiche « employé » et de remplir à l'écran le formulaire de « permis d'absence »

En ce qui a trait au développement de la main-d'œuvre du Ministère, plus de 480 personnes ont participé à des activités de formation, pour des coûts directs et indirects de 282 692 $.

Cent vingt-sept personnes ont fait appel au Programme d'aide aux employées et employés (PAE). Il y a eu 651 consultations ou interventions visant à apporter une aide individuelle aux personnes qui en ont fait la demande, 525,50 heures y ont été consacrées. De plus, le personnel a pu bénéficier de conférences abordant les thèmes suivants : les relations parent-enfants-adolescents, l'importance de trouver un sens à sa vie, savoir se faire plaisir et savourer la vie, la souffrance en tant que recherche de sens. Finalement, de nouveaux services se sont ajoutés au PAE, tels le programme de soutien financier accordé aux gens désireux d'avoir recours aux services d'une personne-ressource appartenant au secteur privé, ainsi que le programme ministériel de santé et mieux-être pour le personnel.

8.5 Les ressources matérielles

La Direction des ressources matérielles du Ministère a la responsabilité de coordonner l'application des politiques gouvernementales en matière de ressources matérielles. Elle doit fournir des services de qualité au meilleur coût possible quant à la gestion des espaces, des télécommunications, des équipements, de l'approvisionnement et du courrier.

Au cours de la dernière année, le secteur de la gestion des espaces a répondu à 2 060 demandes de services liées aux installations matérielles. L'application du concept de l'aménagement intégré à l'édifice Catherine-De Longpré a constitué son principal

dossier. Le projet a débuté en juillet 2000 et sera réalisé à la fin octobre 2003. La première phase, de juillet 2000 au 31 mars 2001, consistait à faire l'analyse de la rentabilité du concept et à concevoir des plans types d'aménagement des étages.

Le secteur des télécommunications a procédé à la modernisation du système téléphonique. Ainsi, le Ministère a acquis et installé un système de gestion des lignes téléphoniques (système PBX) aux édifices Catherine-De Longpré et le « Mil Cinq », donnant accès à de nouvelles fonctions comme la boîte vocale et l'afficheur. De plus, ce système permet au Ministère de gérer lui-même les changements qui s'imposent, notamment, en raison de la mobilisation du personnel.

Le secteur de l'approvisionnement et du courrier a fait l'objet de requêtes par courrier électronique ou par téléphone consistant en deux demandes pour l'achat et la fourniture de biens et de services; elles ont donné lieu à 1 908 commandes d'achat et à 7 522 réquisitions à l'entrepôt.

De plus, le service a traité 240 demandes d'expédition massive, dont 48 ont été confiées à la Direction du service gouvernemental de messagerie.

8.6 La gestion des ententes fédérales-provinciales

Au cours de l'année financière 2000-2001, le Ministère a continué de gérer, au nom du gouvernement du Québec, les ententes à frais partagés liées au domaine des services sociaux. Des réclamations annuelles ont été présentées au gouvernement fédéral et devraient donner lieu à des droits de remboursement correspondant à 50 % du coût des programmes admissibles, ou à la contribution maximale accordée par le gouvernement fédéral.

Ainsi, trois réclamations annuelles ont été effectuées au regard de la Loi sur les jeunes contrevenants. Ces réclamations totalisent 27 423 381 $ pour 1997-1998, 26 463 563 $ pour 1998-1999 et 28 551 970 $ pour 1999-2000. Le Québec avait toutefois reçu des avances de contribution, au cours des exercices financiers précédents, soit au cours des exercices 1997-1998 et 1998-1999. Notons, finalement, que la réclamation présentée pour l'exercice 1999-2000 était la dernière à l'être sous la forme exigeant une reddition des comptes détaillés.

Par ailleurs, un accord a été signé relativement aux services de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT), ce qui a permis d'obtenir des sommes totalisant 11 912 242 $ pour les exercices 1997-1998 à 2000-2001.

Une contribution de 39 133 020 $ a également été enregistrée pour l'exercice financier 2000-2001 en vertu de l'Accord sur l'employabilité des personnes handicapées, tandis qu'un règlement financier final a été conclu en vertu de la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées; il a donné lieu à un remboursement fédéral totalisant 66 391 321 $ pour les exercices 1991-1992 à 1997-1998.

La direction a été largement mise à contribution par le procureur général du Québec à l'occasion du recours judiciaire entrepris contre le gouvernement fédéral au regard du Régime d'assistance publique du Canada. Cette poursuite, qui totalise plus de 300 millions de dollars, a pour objet les services sociaux en milieu scolaire, certains services liés aux jeunes délinquantes et délinquants et les services de soutien aux personnes handicapées sur le plan des ressources résidentielles.

8.7 Les services en langue anglaise et aux communautés culturelles

La Loi sur les services de santé et les services sociaux assure aux personnes d'expression anglaise un droit d'accès, dans leur langue, aux services prévus aux programmes d'accès mis en place par chacune des régies régionales. Le Ministère soutient par un budget particulier alloué à chacune de ses régies, les activités favorisant l'accès à des services en langue anglaise.

Un comité consultatif pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, prévu par la loi, est chargé de donner son avis au gouvernement sur chacun de ces programmes. Après avoir procédé à la nomination des onze membres de ce comité, au cours de la dernière année, la Ministre les a rencontrés pour leur faire part de ses attentes au regard de leur mandat.

Quant aux services pour les membres des communautés culturelles, la Ministre a reconnu l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux du Québec (ACCESSS) à titre de groupe-conseil auprès du Ministère et du réseau pour représenter les intérêts de ce segment de la population.

En outre, le Ministère a attribué des crédits spéciaux à cet organisme pour préparer un état de la situation quant à l'accessibilité des services destinés aux membres des communautés ethnoculturelles. Une entente de partenariat a été conclue pour produire un bilan commun qui serve tant au milieu communautaire qu'au Ministère afin de définir des priorités à court et à moyen terme.

8.8 La politique linguistique du Ministère

Au cours de l'année 2000-2001, le Ministère a poursuivi la mise en œuvre de sa politique linguistique annoncée en mars 2000. Pour ce faire, différents outils ont été produits par la Direction des communications afin de soutenir l'application de cette politique.

Un guide linguistique intitulé *Le français en santé* a été conçu afin de favoriser l'emploi d'une langue de qualité et le respect des normes de présentation d'un texte.

De plus, trois outils ont été réalisés dans le but de répondre aux différentes interrogations concernant la façon de faire en matière de langue de communication dans les domaines de l'approvisionnement, des contrats, des subventions, des technologies de l'information et des échanges internationaux. Ces outils visent notamment à répondre aux besoins d'information du personnel du Ministère et à uniformiser les interventions dans les domaines précités. De plus, la Direction des communications veille à traduire certains documents que le Ministère produit en français et à informer le personnel sur les pratiques ministérielles touchant la politique linguistique.

8.9 Les relations intergouvernementales

Au cours de la dernière année, la Direction des affaires intergouvernementales et autochtones a coordonné la participation du Ministère aux activités multilatérales sur la scène canadienne. De façon plus particulière, elle a assuré la préparation de cinq conférences de Ministres et de deux réunions des sous-ministres à l'occasion du Forum de la santé. De concert avec les autres ministères en cause, la direction a collaboré également à la participation du Québec à deux conférences des Ministres ainsi qu'à deux réunions des Sous-Ministres à l'occasion du Forum des services sociaux. Elle a, en outre, apporté une importante contribution à la préparation des conférences des Premiers Ministres tenues au mois d'août et au mois de septembre 2000.

Conjointement avec le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes et les directions générales du Ministère, la direction a également coordonné la participation de plusieurs de ses représentantes et de ses représentants à près d'une quarantaine de comités ou de groupes de travail dans les domaines de la santé, des services sociaux et de la justice applicable aux jeunes.

Dans la foulée de la signature du Règlement relatif à l'hépatite C 1986-1990, la direction a été associée aux discussions tenues entre les gouvernements ainsi qu'aux analyses qui ont été menées afin d'étudier le risque que représentent les personnes ayant choisi de ne pas obéir à ce règlement. À la suite des négociations, les gouvernements se sont dotés d'une assurance commerciale après recommandation du groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui avait étudié la question.

Dans les dossiers ayant trait au partage de coûts relatifs au programme destiné aux jeunes contrevenants, deux ententes Canada-Québec ont été négociées sous le volet du Fonds de renouvellement du système de justice pour les jeunes, pour l'exercice 1999-2000, et font présentement l'objet d'une démarche d'autorisation de signature auprès des autorités gouvernementales. Enfin, les discussions se poursuivent avec le gouvernement fédéral, et en concertation avec les partenaires du ministère de la Sécurité publique, du ministère de la Justice et du Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, pour en venir à un accord quinquennal de financement 2000-2005 sur le même sujet.

À la suite des négociations entreprises avec le gouvernement fédéral au cours du précédent exercice financier, l'entente portant sur la création de nouveaux partenariats dans le domaine de l'action communautaire en vue de réduire et de prévenir les problèmes d'itinérance est entrée en vigueur le 7 février 2001. La direction participe au suivi et à la gestion de cette entente par l'entremise d'un comité conjoint de gestion fédéral-provincial.

Enfin, la direction a collaboré aux importants travaux provinciaux-territoriaux sur le financement des services de santé, travaux qui ont mené à la rédaction du rapport *Comprendre les coûts de la santé*. Ce rapport provincial-territorial a été transmis, en juin 2000, par les Premiers Ministres provinciaux et territoriaux à leur homologue fédéral.

8.10 Les relations avec les autochtones

En 2000-2001, la Direction des relations avec les autochtones a poursuivi ses activités de coordination en assurant un arrimage du Ministère avec le Secrétariat aux affaires autochtones, les Ministères fédéraux en cause et les organismes autochtones. Le Ministère a d'ailleurs continué d'apporter son soutien financier à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Dans le cadre des travaux réalisés par la table bilatérale mise sur pied par le Ministère et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, une entente a été conclue et finalisée entre les deux parties en mars 2001. Cette entente permet d'augmenter le financement et d'améliorer la gestion des services de santé non assurés en territoire Cri.

D'autre part, les travaux conjoints menés avec les dirigeants du centre hospitalier Kateri Memorial de Kahnawake ont permis la hausse de la base budgétaire de l'établissement, annoncée par le Sous-Ministre en mars 2001.

À la suite de l'entente administrative intervenue entre la Ministre et la Nation naskapie, et afin de permettre la mise en place d'un établissement de type CLSC dans la communauté de Kawawachikamach, le projet de loi n° 133, intitulé Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la Nation naskapie de Kawawachikamach, a été adopté et sanctionné en juin 2000.

Une autre étape importante a également été franchie avec la poursuite du projet-pilote, mis en place de concert avec le Conseil de la Nation atikamekw, relativement à l'implantation d'un système d'intervention d'autorité en matière de protection de la jeunesse et de jeunes contrevenantes et contrevenants. Un projet de loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse a été déposé à l'Assemblée nationale, en décembre 2000. Ce projet de loi, une fois sanctionné, permettra de conclure des ententes particulières avec les communautés autochtones du Québec en matière de protection de la jeunesse.

Enfin, dans la foulée des ententes cadres conclues entre le gouvernement du Québec et plusieurs communautés autochtones, le Ministère a entamé des discussions en matière de santé et de services sociaux avec certaines communautés, notamment avec les Mohawks d'Akwesasne, les Atikamekws d'Opitciwan et les Abénaquis d'Odanak.

8.11 Modernisation de la gestion publique

À l'occasion de la mise en œuvre de la Loi sur l'administration publique, le Ministère a déposé, au Secrétariat du Conseil du trésor, un plan d'action axé sur la responsabilisation de tous les membres de l'organisation face au changement. Il a également établi une structure de fonctionnement pour coordonner le projet de modernisation et assurer une plus grande concertation au sein du Ministère.

Annexes

Annexe 1
Les organismes rattachés au ministre de la Santé et des Services sociaux

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mandat d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance-maladie ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit rémunérer, conformément aux ententes, le personnel professionnel de la santé qui fournit les services assurés et rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant. Elle doit, de plus, contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes et l'utilisation de ceux-ci par les dispensatrices et les dispensateurs de soins, ainsi que par les usagères et les usagers. La RAMQ joue également un rôle de conseillère auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'administration ou l'application des programmes.

M. Duc Vu assumait, au 31 mars 2000, la présidence de cet organisme.

La RAMQ présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'OPHQ favorise la concertation nationale, régionale et locale des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services.

Cet organisme est sous la présidence de M. Norbert Rodrigue.

L'OPHQ produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE)

Le Conseil de la santé et du bien-être a été institué par une loi adoptée par l'Assemblée nationale le 14 mai 1992. Il a été concrètement mis en place le 25 octobre 1993.

Le Conseil a pour mission de fournir des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux et d'informer le public sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Ses avis au ministre et son information au public portent sur les problèmes de santé et de bien-être de la population québécoise, les causes reliées à ces problèmes, les groupes les plus vulnérables, les objectifs de santé et de bien-être ainsi que les moyens pertinents, efficaces et efficients pour les atteindre, en tenant compte des capacités de la collectivité.

Cette année, le Conseil a produit un avis sur l'intégration sociale des personnes âgées, deux mémoires sur l'intégration sociale de jeunes, dont un dans le cadre du Sommet sur la Jeunesse et l'autre dans le cadre de l'élaboration de la politique gouvernementale pour la jeunesse, un mémoire sur l'organisation et le financement du système de services de santé et de services sociaux adressé à la Commission d'étude, un mémoire sur la réforme du système professionnel dans le domaine des services de santé et des services sociaux et un mémoire sur la politique de reconnaissance de l'action communautaire.

Le Conseil a aussi produit et diffusé dix rapports d'étude portant sur les sujets suivants : le regard des jeunes sur les services qu'ils reçoivent, les conditions de vie des personnes âgées, l'impact du vieillissement sur les coûts, le rôle du privé en santé, les enjeux éthiques en matière d'information génétique, la participation publique et le développement local. Il a initié et réalisé avec *Le Devoir* une série d'articles rédigés par une vingtaine d'auteurs dans le cadre du débat sur l'avenir du système. Cette série a conduit à la publication d'un Livre intitulé *Santé- pour une thérapie de choc* dont le lancement a eu lieu au moment d'un colloque sur les suites du rapport Clair. Le Conseil a aussi publié trois numéros d'un bulletin sur le développement social en collaboration avec différents organismes, dont le ministère.

Le Conseil se compose de 23 membres dont 19 ont le droit de vote. Outre la présidente, nommée par décret, les membres désignés par le gouvernement du Québec sur recommandation du ministre et après consultation d'organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux : usagères et usagers de services, organismes communautaires, personnes siégeant à titre de praticiens, chercheurs ou administrateurs du domaine de la santé et du domaine social, personnes issues de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Les autres membres sans droit de vote proviennent du Ministère, d'une régie régionale et de deux ministères visés par La politique de la santé et du bien-être.

Madame Hélène Morais assume la présidence du Conseil depuis le 20 septembre 1999.

Le Conseil produit un rapport distinct de celui du Ministère.

La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mission d'offrir, aux différents acteurs du réseau sociosanitaire, des services d'expertise technique et financière ainsi que le financement nécessaire à la construction, à l'entretien, à la gestion et à l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures destinés à combler les besoins dans le domaine, moyennant considération et dans un objectif d'autofinancement dont les revenus doivent dorénavant provenir de l'extérieur du périmètre comptable du gouvernement. Selon son mandat, la CHQ a le pouvoir de détenir, d'acquérir, d'administrer et de louer des immeubles et des biens qui seront utilisés par un établissement ou par une régie régionale de la santé et des services sociaux.

L'entrée en vigueur, le 1er décembre 1999, de la loi constitutive de la CHQ transformant la Corporation en personne morale à fonds social a entraîné, au cours de 2000-2001, une restructuration importante de l'entreprise tant sur le plan administratif que financier.

La CHQ est présidée par monsieur Michel Salvas, qui agit également à titre de président-directeur général.

La CHQ produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste le ministre dans la conception et la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments, et de la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le CCP a également pour mandat d'assurer la mise au point de stratégies d'intervention auprès du personnel professionnel de la santé pour favoriser une utilisation optimale des médicaments en privilégiant le meilleur traitement possible au moindre coût.

Conformément à une entente intervenue avec le FRSQ, le CCP participe également à l'attribution de subventions pour des études scientifiques dans les domaines de la pharmacologie et de la pharmaco-économie.

M. Jean Cusson assume la présidence du CCP.

Le Conseil médical du Québec (CmQ)

Le Conseil médical du Québec a été institué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée le 12 décembre 1991. Il se compose de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit doivent être des médecins.

Le CmQ a pour fonction de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

Ainsi, le CmQ peut donner des avis au ministre sur :

— l'orientation des services médicaux;

— les besoins en effectif médical et sa répartition;

— l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale;

— les différents types de pratique médicale;

— les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés;

— les modes les plus appropriés de rémunération des médecins;

— les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorité à respecter dans la prestation d'un service médical.

Le ministre doit en outre consulter le CmQ sur les questions suivantes :

— les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements;

— les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale, notamment la Politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine;

— le cadre de référence de la répartition de l'effectif médical, notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Les premiers membres du conseil ont été nommés par le gouvernement le 13 avril 1993. Les membres ayant droit de vote et en poste au 31 mars 1998 sont mesdames et messieurs Juan Roberto Iglesias, président, André Bonin, vice-président, Jean-Marie Albert, Marc A. Bois, Patrick Garceau, Sophie Gosselin, Louis Lapointe, Michèle Laverdure, Joëlle Lescop, Laurent Marcoux, Jonathan L. Meakins, Bernard Millette, Marie Pineau, Micheline Ulrich et Raymonde Vaillancourt.

Les autres membres sans droit de vote et nommés par le ministre sont madame Brigitte Bernard et messieurs Michel Brunet, Yves Landry, et Robert Tremblay. Le ou la sous-ministre et les sous-ministres adjointes et adjoints du Ministère sont membres d'office.

Le CmQ publie un rapport d'activité distinct de celui du Ministère.

La Commissaire aux plaintes (CP)

La Commissaire aux plaintes est l'ultime recours des personnes insatisfaites des services reçus ou requis des établissements de santé et de services sociaux. Selon la volonté du législateur, le régime d'examen des plaintes constitue un processus non judiciaire permettant à une usagère ou à un usager — ou à quiconque les représente — de déposer une plainte auprès d'une personne nommée à cet effet par le conseil d'administration d'un établissement de santé ou de services sociaux. En cas d'insatisfaction quant aux conclusions émises, l'usagère ou l'usager peut s'adresser à sa régie régionale où l'on procédera à un nouvel examen de sa plainte, pour ensuite lui transmettre une réponse motivée. Advenant un nouveau désaccord ou en cas de non-réponse dans le délai prescrit de 45 jours, la personne peut alors s'adresser en dernier lieu à la Commissaire aux plaintes.

Indépendante du Ministère ainsi que des instances responsables de l'organisation des services, et disposant dans la Loi d'un pouvoir de recommandations et d'avis au ministre, la Commissaire aux plaintes vise l'amélioration continue des services offerts aux usagères et aux usagers. Orienté avant tout sur la qualité des services, sur la nécessité de mieux satisfaire les attentes des usagères et des usagers et le respect de leurs droits, le Régime d'examen des plaintes englobe les établissements, les régies régionales, les ressources de type familial, les ressources intermédiaires, les services préhospitaliers d'urgence et les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Parmi les faits saillants ayant marqué le dernier exercice financier, mentionnons la participation de la Commissaire aux plaintes, M^me^ Rosette Côté, aux travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Le mandat de cette commission consistait à identifier les enjeux auxquels fait face le système de santé et de services sociaux, particulièrement en matière de financement et d'organisation des services, et de proposer des solutions.

À la suite de ces travaux, la Commissaire a jugé opportun d'actualiser les orientations proposées dans son *Avis à la Ministre* de février 2000, qui suggérait déjà d'importantes modifications au Régime d'examen des plaintes. Parmi les principales caractéristiques du nouveau régime envisagé, mentionnons le renforcement du recours au premier palier d'examen en conférant à la personne responsable des plaintes un statut particulier et une autonomie accrue, la mise en place d'un régime à deux paliers plutôt qu'à trois, la reconnaissance d'un recours administratif pour les plaintes ayant trait aux actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, et finalement un élargissement du mandat et un accroissement des pouvoirs de la Commissaire en vue d'instituer un véritable « protecteur des usagères et des usagers en matière de santé et de services sociaux ».

Afin de répondre à un besoin exprimé au moment de la tournée du Québec effectuée en 1998-1999, et dans la perspective de mieux outiller les responsables des examen des plaintes, la Commissaire aux plaintes a réalisé, de concert avec les régies régionales, 22 sessions de formation auxquelles ont participé près de 300 personnes. Ces sessions, qui se sont déroulées dans toutes les régions du Québec, avaient pour thème la gestion des plaintes axée sur une approche de négociation et de médiation.

Le Régime d'examen des plaintes visant l'amélioration continue des services, il est indispensable d'obtenir annuellement un portrait d'ensemble qui fournit des indicateurs nationaux, tant sur le plan

quantitatif que qualitatif, relativement à son application. Ainsi, dans le but de rendre le système informatisé de gestion des plaintes (SIGP) mieux adapté aux besoins actuels, de le rendre plus performant et d'accroître son accessibilité, la Commissaire a amorcé, avec ses partenaires du réseau, une autre phase du projet de refonte du SIGP. Selon l'échéancier prévu, l'implantation d'une nouvelle version devrait se concrétiser en avril 2002.

Par ailleurs, convaincue que la réduction des délais de traitement s'inscrit dans une philosophie de qualité des services, la Commissaire n'a ménagé aucun effort pour répondre au volume croissant de plaintes qui lui sont adressées. Ainsi, au cours de l'exercice 2000-2001, le personnel du Bureau de la Commissaire a complété l'examen de 217 dossiers de plaintes, ce qui représente une augmentation de 30 % par rapport à l'exercice précédent. Dans son rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen, la Commissaire aux plaintes présente de façon détaillée les motifs d'insatisfaction, les divers traitements accordés aux plaintes et les suites qui leur ont été données.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'Institut national de santé publique du Québec est une personne morale, mandataire de l'État. Il est constitué en vertu de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (1998, chapitre 42) sanctionnée le 20 juin 1998 et mise en vigueur le 8 octobre de cette même année. L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales instituées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

L'INSPQ vise à consolider et à accroître l'expertise en santé publique, tout en la mettant au service de la population du Québec. Il doit également rendre cette expertise disponible et accessible au Ministère ainsi qu'à l'ensemble des directions de santé publique.

L'INSPQ a notamment pour mission :

— de contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique;

— d'informer le ministre des effets des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec;

— de renseigner les Québécoises et les Québécois sur leur état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence et sur leur cause ainsi que sur les moyens efficaces de les prévenir ou de les résoudre;

— de collaborer avec les universités à la préparation et à la mise à jour des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles dans le domaine de la santé publique;

— de concevoir et de mettre en application, conjointement avec les universités et les ordres professionnels intéressés, des programmes de formation en santé publique;

— d'accroître et de favoriser la recherche en santé publique, en collaboration avec les différents organismes de recherche et ceux qui offrent des subventions;

— d'établir les liens avec différentes organisations, à l'échelle canadienne et internationale, de manière à favoriser la coopération et l'échange de connaissances;

— d'exercer tout autre mandat d'expertise en santé publique que lui confie le ministre.

L'Institut administre le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec qui offrent, respectivement, des services de laboratoire spécialisés en microbiologie et en toxicologie. Il administre également le Service provincial de dépistage par laboratoire et le Centre antipoison dont le mandat principal est, pour le premier, de fournir des services de dépistage audiologiques et radiologiques, et pour le second, une expertise dans le domaine des intoxications. Enfin, l'Institut administre tout autre laboratoire pourvu d'une mission de santé publique de portée nationale, dont le ministre lui confie la gestion.

Monsieur Louis-E. Bernard assume la présidence et la direction générale de cet organisme.

L'Institut national de santé publique du Québec produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ses mandats généraux sont de conseiller le ministre sur les questions de santé mentale et de contribuer, par ses études et ses avis, aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité

en santé mentale. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la Planification stratégique et de l'Évaluation du Ministère.

Tout en collaborant étroitement aux travaux du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, le CSMQ a investi principalement, au cours de l'année 2000-2001, dans la réalisation de projets ou la production d'avis concernant :

— l'évaluation des besoins de la population en santé mentale (projet franco-québécois);

— la concertation intersectorielle en santé mentale;

— l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves;

— l'accès au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves;

— la qualité des services dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Le CSMQ a rendu public, en octobre 2000, un rapport préliminaire sur *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.* Par ailleurs, en partenariat avec la Société d'habitation du Québec, il a tenu, en novembre 2000, un colloque sur le thème *Le logement et les services de santé mentale : une solution à partager*, colloque dans le cadre duquel furent diffusées, notamment, des descriptions préliminaires de cinq projets intersectoriels en matière de logement pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Le CSMQ est actuellement composé des personnes suivantes : Mmes et MM. Luc Blanchet, président, Céline Mercier, vice-présidente, Jacques Alary, Françoise Beauregard, Henri Dorvil, Danielle McCann et André Villeneuve. En outre, plus d'une cinquantaine d'experts de divers milieux (établissements, organismes communautaires, universités,...) ont collaboré étroitement, en 2000-2001, à la réalisation des mandats généraux ou des projets spécifiques du CSMQ.

Le CSMQ remet périodiquement un rapport d'activités au Ministre.

Le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM)

Le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM) a été institué en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (c. A-29.01), en juin 1996, et mis. Concrètement en place, en avril 1997, par un décret du gouvernement.

L'article 72 de la Loi sur l'assurance-médicaments stipule que le Comité de revue de l'utilisation des médicaments a pour fonction de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments. À cette fin, le comité peut notamment :

— effectuer des activités visant à examiner l'utilisation des médicaments;

— proposer des stratégies de formation, d'information et de sensibilisation susceptibles d'améliorer la prescription et le mode de distribution des médicaments en collaboration et avec la participation des divers intervenants en cause, notamment les ordres professionnels et le Conseil consultatif de pharmacologie;

— formuler aux parties intéressées des recommandations destinées à améliorer l'usage des médicaments, dans le respect de leurs responsabilités respectives.

Le comité doit s'assurer que l'évaluation des activités de revue de l'utilisation des médicaments est effectuée par une personne ou par un organisme externe, en tenant compte des résultats, des mesures d'efficience et d'efficacité et des conséquences économiques et sanitaires de ces activités.

Les travaux du CRUM touchant la prescription, le mode de distribution et la consommation des médicaments, leur portée est donc influencée par l'environnement dans lequel il évolue. Le comité doit ainsi tenir compte de l'interdépendance et de la complémentarité de divers intervenants. En favorisant l'utilisation adéquate des médicaments dans un objectif de prévention et de promotion de la santé, les travaux du CRUM ont pour but le mieux-être de la population québécoise tout en contribuant à une saine gestion des fonds publics.

Le Comité RUM se compose de neuf membres nommés par le gouvernement : cinq d'entre eux ont été désignés par les regroupements de professionnels des milieux médical et pharmaceutique, deux par les doyens des facultés de médecine et de pharmacie, un par le Réseau de revue d'utilisation des médicaments en établissement et un par la Régie de l'assurance- maladie du Québec. Les cinq membres désignés par les regroupements professionnels sont obligatoirement des cliniciens. Quant à la personne désignée par la RAMQ, elle doit être membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec; elle n'a pas de droit de vote.

L'article 76 de la Loi sur l'assurance-médicaments précise que la RAMQ assume, compte tenu de ses ressources, le soutien administratif et le traitement des données nécessaires à l'exécution des travaux du CRUM qui s'appuie sur un secrétariat formé de personnel de la RAMQ.

La direction du CRUM est assumée par la présidente, madame Michelle Lussier-Montplaisir, qui dirige les séances du comité et en est la porte-parole officielle. Le comité doit soumettre sa planification annuelle au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le CRUM transmet également au ministre un rapport annuel d'activité distinct de celui du Ministère.

Annexe II
Les lois et règlements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, M-19.2

— Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale;

— Règlement d'application du Protocole d'entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française relatif à la protection sociale des étudiants et des participants à la coopération;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République hellénique;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Portugal;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République de Finlande;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume de Norvège;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume du Danemark;

— Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de Norvège;

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, C-56.3

Loi sur le Conseil médical du Québec, C-59.0001

Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2

— Règlement sur l'accessibilité aux postes, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance et des mesures de stabilisation d'emploi applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

— Décret concernant le remboursement des dépenses des membres d'une assemblée régionale et des membres du conseil d'administration d'une régie régionale et d'un établissement public;

— Règlement sur le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

— Règlement sur la formation de comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

— Règlement sur les conditions de travail des biochimistes cliniques exerçant pour les établissements qui exploitent un centre hospitalier;

— Règlement sur le congé de préretraite et sur l'indemnité de retraite applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur l'évaluation des besoins d'une personne violentée qui demande un hébergement d'urgence;

— Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur le régime de retraite progressive et la politique de gestion applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur la procédure d'élection à l'occasion de l'assemblée publique tenue par un établissement public;

— Règlement sur la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des régies régionales;

— Règlement sur la procédure d'élection des membres des conseils d'administration des établissements du territoire de la Régie régionale du Nunavick;

— Règlement sur la procédure de nomination des membres du conseil d'administration de la Régie régionale du Nunavick;

— Règlement sur la sélection, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance, les mesures de stabilité d'emploi, les mesures de fin d'engagement et les recours applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

— Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

— Règlement sur les régimes collectifs d'assurance et les modalités d'application du régime de congé à traitement différé applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des directeurs de la santé publique;

— Classification des services dispensés par les ressources de type familial et des taux de rétribution applicables pour chaque type de services;

— Règlement sur le congédiement, le non-rengagement, la résiliation d'engagement, la suspension sans solde, la rétrogradation et l'indemnité de départ applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur la location d'immeubles par les établissements publics et les régies régionales;

— Règlement sur la détermination des examens de dépistage exigés lors de l'admission ou de l'inscription de certains usagers.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, S-5

— Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

— Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics de santé et de services sociaux;

— Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des conseils régionaux et des établissements de santé et de services sociaux;

— Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

— Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

— Règlement sur les locations d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

— Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux;

— Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;

— Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement;

— Règlement sur la nomination et sur la rémunération des directeurs des services professionnels;

— Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique;

— Arrêté de la ministre de la Santé et des Services sociaux déterminant la forme et le contenu minimum des contrats de services d'ambulance.

Loi sur l'assurance-maladie, A-29

— Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec;

— Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie;

— Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé;

— Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession;

F2

— Règlement sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives;

— Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie.

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, R-5

— Règlement sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec;

— Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec;

— Règlement sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication.

Loi sur l'assurance-médicaments, A-29.01

— Liste des médicaments;

— Règlement sur le régime général d'assurance-médicaments;

— Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments.

Loi sur la protection de la jeunesse, P-34.1

— Règlement sur la révision de la situation d'un enfant;

— Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption d'un enfant;

— Règlement sur l'adoption internationale;

— Arrêté ministériel sur les conditions de l'agrément d'un organisme chargé d'effectuer pour l'adoptant ses démarches d'adoption d'un enfant domicilié hors du Québec;

— Programme de mesures de rechange autorisé par la ministre de la Justice et la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, P-38.001

Loi sur la protection de la santé publique, P-35

— Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique;

— Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux de transport par ambulance.

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, E-20.1

— Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec;

— Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec;

— Règlement visant à favoriser l'embauchage de personnes handicapées;

— Règlement sur les centres de travail adapté et l'intégration professionnelle;

— Règlement sur les vignettes amovibles délivrées aux personnes handicapées.

Loi sur l'assurance-hospitalisation, A-28

— Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

Loi sur le tabac, T-0.01

Loi sur les inhumations et les exhumations, I-11

Loi sur les cimetières non catholiques, C-17

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux, M-1.1

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, I-13.1.1

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance, H-1.1

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec, C-68.1

Loi concernant le mandat des administrateurs de certains établissements

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, E-12.0001

Loi assurant le maintien des services pharmaceutiques au Québec (2001, chapitre 1)

Annexe III
La gestion ministérielle des ressources humaines

Au **31 mars 2001**, pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on compte **706 postes occupés**, répartis comme suit :

Annexe IV
Postes occupés au MSSS par direction générale et selon le sexe au 31 mars 2001.

Direction générale	Hors cadres et cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		PBA et ouvriers		Total		Total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	général
Direction supérieure	4	0	0	0	15	12	2	8	2	19	23	39	62
Secrétariat Adoption internationale	0	0	0	0	0	5	0	1	0	4	0	10	10
Planification stratégique et évaluation	4	3	0	0	30	23	1	3	0	9	35	38	73
Services à la population	8	4	0	0	41	38	0	2	0	24	49	68	117
Santé publique	3	1	0	0	11	23	0	2	2	18	16	44	60
Affaires médicales et universitaires	2	0	0	0	17	12	1	0	0	10	20	22	42
Politiques de main-d'œuvre	4	3	0	0	20	16	2	4	1	10	27	33	60
Affaires ministérielles et extraministétielles	3	1	1	0	11	10	3	7	7	19	25	37	62
Budget, investissements et technologies de l'information	10	1	0	0	53	16	11	19	2	19	76	55	131
Sous-total MSSS	**38**	**13**	**1**		**198**	**155**	**20**	**46**	**14**	**132**	**271**	**346**	**617**
Conseil consultatif de pharmacologie	1	0	0	0	3	2	0	0	1	2	5	4	9
Commissaire aux plaintes	0	1	0	0	3	3	0	1	0	1	3	6	9
Conseil médical du Québec	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	4	4
Conseil de la santé et du bien-être	0	2	0	0	2	0	1	2	0	1	3	5	8
Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2
Sous-total des conseils	**1**	**3**	**0**	**0**	**9**	**8**	**1**	**4**	**1**	**5**	**12**	**20**	**32**
Secrétariat au Loisir et au Sport	**3**	**0**	**0**	**0**	**23**	**7**	**4**	**7**	**0**	**13**	**30**	**27**	**57**
Total général	**42**	**16**	**1**	**0**	**230**	**170**	**25**	**57**	**15**	**150**	**313**	**393**	**706**
Pourcentage (%)	**72%**	**28%**	**100%**	**0 %**	**58%**	**43%**	**30%**	**70%**	**9%**	**91%**	**44%**	**56%**	**100%**

Au cours de l'exercice financier 2000-**2001**, le Ministère a enregistré **48 affectations, 106 entrées en fonction** et **98 départs**.

Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années :

Nominations et départs pendant les années financières 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001

Mouvements	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Affectations	97	68	53	75	48
Nominations	0	2	5	16	68
Mutations depuis un autre ministère	15	15	26	53	38
Total des entrées en fonction	**15**	**17**	**31**	**69**	**106**
Mutations vers un autre ministère	14	32	37	42	36
Transferts (régie, institut, organisme)	0	1	0	7	39
Démissions	1	0	2	4	4
Retraites	93	85	10	13	17
Congédiments	0	0	0	1	1
Décès	3	1	2	1	1
Total des départs	**111**	**119**	**51**	**68**	**98**

Évolution des montants des subventions de recherche (dollars courants) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1999*

Objectifs de la PSBE	1992	1993	1994	1995	1996
D'ici l'an 2002, diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, t atténuer les conséquences de ces problèmes	439 008,53 $	172 599,76 $	398 505,51 $	710 048,08 $	717 285,10 $
D'ici l'an 2002, réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes	366 140,34 $	515 521,51 $	718 913,05 $	918 981,86 $	940 422,47 $
D'ici l'an 2002, diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance	222 257,00 $	88 188,36 $	19 073,76 $	166 956,88 $	312 403,50 $
D'ici l'an 2002, diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial	17 676,64 $	129 805,71 $	390 567,01 $	177 089,00 $	186 021,19 $
D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants	10 272,00 $	85 662,16 $	84 030,53 $	217 785,67 $	248 302,00 $
D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool, de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernie recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais	271 111,41 $	458 608,55 $	830 520,24 $	1 296 928,75 $	806 796,40 $
D'ici l'an 2002, réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques	548 968,27 $	557 644,38 $	536 696,09 $	436 400,83 $	783 328,74 $
D'ici l'an 2002, réduire de 30 % la mortalité par maladie cardio-vasculaire	996 393,32 $	1 439 893,74 $	1 300 008,74 $	846 490,71 $	955 089,12 $
D'ici l'an 2002, stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein	405 715,00 $	192 185,00 $	415 078,00 $	454 546,00 $	771 288,00 $
D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives	1 998 052,33 $	2 202 457,41 $	1 949 787,84 $	745 416,57 $	328 302,13 $

Évolution des montants des subventions de recherche (dollars courants) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1999* (suite)

Objectifs de la PSBE	1997	1998	1999	Total
D'ici l'an 2002, diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, t atténuer les conséquences de ces problèmes	596 328,32 $	1 242 695,00 $	1 100 674,00 $	5 377 144,30 $
D'ici l'an 2002, réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes	580 525,48 $	858 496,57 $	440 445,25 $	5 339 446,53 $
D'ici l'an 2002, diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance	302 194,50 $	127 217,00 $	77 427,00 $	1 315 718,00 $
D'ici l'an 2002, diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial	245 979,81 $	620 456,00 $	646 912,00 $	2 414 507,36 $
D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants	95 908,00 $		68 080,00 $	810 040,36 $
D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool, de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernie recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais	713 022,00 $	457 478,00 $	1 032 669,00 $	5 867 134,35 $
D'ici l'an 2002, réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques	716 713,45 $	1 726 393,00 $	1 119 951,00 $	6 426 095,77 $
D'ici l'an 2002, réduire de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire	666 120,84 $	933 075,23 $	736 445,00 $	7 873 516,71 $
D'ici l'an 2002, stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein	556 157,00 $	374 891,00 $	1 601 655,00 $	4 771 515,00 $
D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives	879 518,00 $	398 092,23 $	154 749,00 $	8 656 375,51 $

Évolution des montants des subventions de recherche (dollars courants) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1999*

Objectifs de la PSBE	1992	1993	1994	1995	1996
D'ici l'an 2002, réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes	650 119,00 $	837 522,50 $	602 519,00 $	437 426,00 $	357 262,00 $
D'ici l'an 2002, réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire	309 978,00 $	636 829,00 $	475 304,71 $	851 407,29 $	819 211,50 $
D'ici l'an 2002, réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications, et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques	1 382 007,22 $	2 471 271,21 $	3 570 924,00 $	3 307 746,35 $	3 451 385,73 $
D'ici l'an 2002, éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'haemophilus influenzae (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année					41 515,00 $
D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants le 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans	162 173,00 $	79 277,00 $	34 980,00 $	7 779,00 $	17 014,00 $
D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale	648 250,42 $	1 274 251,53 $	1 558 006,85 $	1 565 884,35 $	2 238 987,53 $
D'ici l'an 2002, réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide	143 863,80 $	29 944,96 $	29 772,43 $	80 992,84 $	194 717,76 $
D'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	487 722,55 $	399 842,40 $	865 845,86 $	1 089 967,61 $	877 142,84 $
D'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités	133 456,86 $	290 849,46 $	300 635,04 $	522 325,50 $	459 608,00 $
Total :	**9 193 165,70 $**	**11 862 354,66 $**	**14 081 168,67 $**	**13 834 173,30 $**	**14 506 083,02 $**

Évolution des montants des subventions de recherche (dollars courants) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1999* (suite)

Objectifs de la PSBE	1997	1998	1999	Total
D'ici l'an 2002, réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes	137 773,00 $	492 707,00 $	317 046,00 $	3 832 374,50 $
D'ici l'an 2002, réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire	433 727,00 $	241 993,00 $	863 337,00 $	4 631 787,50 $
D'ici l'an 2002, réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications, et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques	2 527 666,91 $	999 644,56 $	68 514,00 $	17 779 159,98 $
D'ici l'an 2002, éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'haemophilus influenzae (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année	44 742,00 $	47 275,00 $	42 678,50 $	176 210,50 $
D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants le 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans	42 425,00 $	10 005,00 $	12 100,00 $	365 753,00 $
D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale	2 073 398,82 $	2 461 641,31 $	4 326 905,00 $	16 147 325,82 $
D'ici l'an 2002, réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide	154 691,00 $	130 179,27 $	179 606,00 $	943 768,07 $
D'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	953 320,93 $	7 747 635,67 $	2 338 233,00 $	14 759 710,86 $
D'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités	756 761,00 $	208 353,00 $	143 826,00 $	2 815 814,86 $
Total :	**12 476 973,05 $**	**19 078 227,85 $**	**15 271 252,75 $**	**110 303 398,99 $**

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), Étude et Analyse, mai 2001
* Les données de 1999 sont provisoires